

平成 19 年 度
老人保健健康増進等事業
による 研 究 報 告 書

若年認知症支援ハンドブック

認知症介護研究・研修大府センター

認知症介護研究・研修東京センター

認知症介護研究・研修仙台センター

はじめに

認知症は加齢とともに発症するリスクが高くなる疾患ですが、高齢者でなくても発症することがあり、64歳以下で発症した認知症を若年認知症といいます。若年認知症は働き盛りの世代にも起こり、本人だけでなく、家族の生活への影響が高齢者に比べて大きいにもかかわらず、その実態が明らかでなく、また支援も十分ではありません。

本人や配偶者が現役世代であり、病気のために仕事に支障が出たり、失職して経済的に困難な状況に陥ることになります。また、子供が成人していない場合には親の病気が与える心理的影響が大きく、教育、就職、結婚などの人生設計が変わることにもなりかねません。さらに、本人や配偶者の親の介護が重なることもあり、介護の負担が大きくなります。介護者が配偶者に限られて、介護者も仕事が十分にできなくなり、身体的にも、精神的にもまた経済的にも大きな負担を強いられることになります。

このように働き盛りの人に起こる若年認知症は、本人や家族だけでなく社会的にも重大な問題ですが、企業や医療・介護の分野でもまだ認識が不足しているのが現実です。そこで、認知症介護研究・研修センターでは平成18年度から、三センター共同研究として「若年認知症の社会的支援策に関する研究事業」に取り組んでいます。

平成18年度は愛知県において若年認知症とその家族の実態を把握し、基礎的なデータを得るとともに、ご本人や家族、介護者などからの要望や意見を収集しました。それらを元にして、平成19年度は、この「若年認知症支援ハンドブック」を作成しました。

疾患の医学的理解、心理的な側面はもとより、生活に密着した情報、すなわち公的な支援やサービスの種類やその受け方、医療機関へのかかり方、自動車運転に関する情報、財産管理、家族への援助、さらに亡くなられた場合のグリーフケアまで、幅広く、実際に役立つ知識や情報をそれぞれの専門家や、現場で若年認知症に関わっている方々にわかりやすく書いていただきました。

若年認知症のご本人や家族だけでなく、かかわりのある医療・介護福祉の関係者、企業の関係者にも参考にしていただきたいと考えます。この「若年認知症支援ハンドブック」の活用によって、若年認知症の人や家族の生活がよりよいものになっていけば幸いです。

ご協力いただいたすべての皆様に感謝いたします。

平成20年3月末日

認知症介護研究・研修大府センター
研究部長 小長谷 陽子

目次

第1章 若年認知症とは？	1
第2章 原因疾患	3
第3章 診断	7
第4章 症状	11
第5章 治療	19
第6章 経過中に遭遇する課題と対応	21
第7章 本人と家族の心理的側面の理解と配慮	31
第8章 「仕事」への支援	35
第9章 車の運転について	49
第10章 生活を支える社会福祉制度 - 経済的問題解決を中心に -	65
第11章 社会参加への援助	81
第12章 介護保険	107
第13章 家族への援助	113
第14章 財産管理・身上監護（生活支援）	117
第15章 グリーフケア	123
執筆担当	131
参考文献及び引用文献	133

第1章 若年認知症とは？

『明日の記憶』という映画をご存じの方も多いただろう。若年性アルツハイマー病に罹患した会社勤めの50代の男性が、周囲の人たちに支えられて、認知症を生きていく数年間の軌跡を描いた物語である。認知症によるさまざまな生活上の困難に気付かされるだけでなく、そのような事態に遭遇して体験される本人や家族の心の苦悩や悲哀がよくわかり、たいへん感慨深い映画である。この映画の公開をきっかけに、若年認知症という言葉が一般の人たちにも広く知られるようになったようである。しかし、医療や看護、介護の現場でも、まだ十分に正しく理解されるには至っていない。

若年認知症は、高齢発症の認知症に比べると、原因疾患が多岐にわたり、進行の早い例が多い。また、行動障害や精神症状が現れた場合に年齢が若く体力があるだけに対応が難しく、介護者の負担が大きくなる。発症年齢が“現役半ば”と若いため、本人も家族も認知症であることを受容しにくい。例えば、認知症のために退職を余儀なくされた場合を考えて欲しい。これが65歳以上で発症した認知症であれば、すでに“定年”という形で社会の第一線から退く儀式を経ている。しかし、若年認知症の場合、そのような納得のいく形の退職ではなく、無念な思いで職場を去らなければならないのである。

また、若年認知症の人たちは、年齢的に就労や家事、育児、親の介護に従事している社会的役割の大きい世代である。そのため、家庭の経済事情や家族への影響、職場などの社会への影響が大きく、高齢発症の認知症に比べて問題が深刻である。介護者はほとんどが配偶者であり、その人が家庭での役割を一人で担わなければならない。妻が罹患した場合でも、その妻に一人で留守番をさせられないため、夫が就労できず、即、経済的に苦況に立たされることもある。子供の年齢もまだ若く、その心理的影響は大きい。思春期の子供では役割モデルとなる父親像や母親像の喪失により、その後の精神発達にも影響が現れることがある。また、子供は病気が自分に遺伝するのではないかとひとりで思い悩むこともあるだろう。

若年認知症はまだ社会的認知度が低く、周囲の無理解や偏見もある。早期に適切に診断できる医者が少ないため、診断が遅れてしまうこともたびたびある。若年向けの介護福祉サービス（デイサービスやデイケア、ショートステイなど）や社会資源の整備がひどく遅れていることも大きな問題である¹⁾。

ここでは、まず若年認知症の医学的側面について解説し、さらに経過中に遭遇するいくつかの問題についても説明しておきたい。

「認知症」の定義

まず、「認知症」とは「成長に伴う精神機能の発達によって一度獲得された認知機能が、脳の器質的障害によって障害され、独立した社会生活・日常生活や円滑な人間関係を営めなくなった状態」である。したがって、精神発達が最初から障害されて、正常な認知機能を獲得できない精神発達遅滞とは異なる。また、脳の機能障害によって、本来保たれている認知機能が十分に発揮できない状態、例えば、うつ病や治療で回復する代謝性脳機能障害などとも異なる。認知症は、残念ながら、非可逆的な脳の器質的变化によって起こる病気である。

「若年性」の定義

「若年性」とされる年齢の範囲は、18歳～64歳とも、40歳～64歳とも言われているが、いずれにしても発症年齢が65歳未満である（18歳未満に発症した場合は、「精神遅滞」に含めてよいとされている）。

若年認知症の有病率は、イギリスの調査では30～64歳の年代で人口10万人当たり54人、45～64歳の年代に限ると98人（うち、アルツハイマー病35人、前頭側頭型認知症15人、脳血管型認知症18人）と報告されている²⁾。他の欧米の報告でも、45～64歳の年代では10万人当たり67～81人とされている³⁾。本邦では、1996年の調査によると人口10万人当たり32人（全国で約25600人、あるいは3～4万人）と報告されており、高齢発症の認知症が10万人当たり7000～8000人であるのに比較すると少ない^{4, 5)}。ただし、現在では軽症であっても早期に診断がつくので、この数値よりずっと多く、全国で10万人とも推定されている⁵⁾。有病率は年齢が上がるほど高くなり、30歳以降、年齢が5歳上がるごとに有病率は約2倍になるという²⁾。男女比では、男性：女性が58%：42%²⁾、あるいは約2:1で⁴⁾、いずれの年齢層でも男性が女性より多い。

第 2 章 原因疾患

若年認知症の主な原因疾患は、アルツハイマー病、前頭側頭型認知症、レビー小体型認知症、そして脳血管型認知症である。それ以外にも表 1 に挙げたような多くの原因疾患がある^{2~4, 6)}。若年層では、遺伝子異常や酵素欠損を伴う遺伝性疾患が原因として多くなり、そのような疾患では、さまざまな神経症状を伴うことが多い。このように原因疾患が多岐にわたるため、発症年齢、認知障害や神経症状、精神症状や行動障害の内容にも高齢発症の認知症以上に多様性があり、個人差も大きい。

Harvey らの若年認知症（30～64 歳）185 例の報告では、アルツハイマー病 34%、脳血管性認知症 18%、前頭側頭型認知症 12%、アルコール性認知症 10%、レビー小体型認知症 7%となっている²⁾。宮永らの調査では、原因疾患として最も多かったのは脳血管性認知症の 44.2%であり、次いでアルツハイマー病 16.7%、頭部外傷 10.6%、アルコール性認知症 4.2%であった。ただし、この調査では前頭側頭型認知症やレビー小体型認知症が含まれていない⁴⁾。朝田の「物忘れ外来」通院中の 316 人の調査では、アルツハイマー病が 73%を占めており、前頭側頭型認知症 8%、脳血管性認知症とレビー小体型認知症がそれぞれ 4%となっている。中には、最初はアルツハイマー病と診断されていたが経過中にレビー小体型認知症とわかった例もあるという⁷⁾。2006 年に著者らが行った 32 例（介護者が家族会参加者）を対象にした調査では、アルツハイマー病が 26 例（うち 1 例は脳血管障害と合併）、5 例が前頭側頭型認知症、1 例がアルコール性コルサコフ症候群であった⁸⁾。このように、原因疾患の内訳は調査対象によって異なる。

頻度の高い疾患について、若干の説明を加えておく。

アルツハイマー病 Alzheimer disease^{9~11)}：変性疾患による認知症の中では最も多い。大脳の後方部に主たる病変がある後方型認知症（posterior dementia）の代表である。脳内に異常なアミロイド β^{ペータ} 蛋白が凝集して蓄積し、タウ蛋白という異常物質が沈着して神経細胞が障害される（アミロイド仮説）。神経原性線維変化と老人斑という変化が脳に現れ、神経細胞も脱落していく。これらの変化は、最初は海馬領域に始まり、やがて他の辺縁系（脳の中でも発生学的に古い部分）や側頭葉内側部に及んでいく。さらに進行すると、大脳の頭頂葉や側頭葉などの新皮質と呼ばれる部分にも変化が広がっていく。家族歴のある場合が 10～20%とされ、そのような家族性アルツハイマー病では 21 番目染色体にあるアミロイド β 前駆体蛋白遺伝子、14 番目染色体にあるプレセニリン 1 遺伝子、1 番目染色体にあるプレセニリン 2 遺伝子に異常が確認されている。また、19 番目染色体にあるアポリポ蛋白 E の遺伝子タイプが ε4 であると、ア

ルツハイマー病を発症する危険性が高くなり、発症年齢も若くなる傾向があるとされている。

表 1 若年認知症の主な原因疾患

神経変性疾患 アルツハイマー病 前頭側頭型認知症 レビー小体型認知症 パーキンソン病 進行性核上性麻痺 大脳皮質基底核変性症 多系統萎縮症 ハンチントン病 歯状核赤核淡蒼球ルイ体萎縮症	臓器不全、内分泌疾患などに起因するもの 肝性脳症 甲状腺機能低下症 Cushing症候群
脳血管障害 脳梗塞（限局性、多発性） ビンスワンガー病 脳出血 くも膜下出血 脳動静脈奇形 もやもや病 CADASIL*	欠乏性、中毒性、代謝性疾患 慢性アルコール中毒 （ウェルニッケ・コルサコフ症候群） 一酸化炭素中毒 ビタミンB1、B12、葉酸欠乏症 ウェルニッケ脳症 薬物中毒（抗癌剤、向精神薬など） 金属中毒（水銀、マンガン、鉛など） 有機化合物中毒（トルエンなど） ウイルソン病 遅発型尿素サイクル酵素欠損症
腫瘍・傍腫瘍症候群 脳腫瘍 辺縁系脳炎	脱髄性、自己免疫性疾患 多発性硬化症 急性散発性脳脊髄炎 神経ベーチェット症候群 中枢神経系の脳血管炎 シェーグレン症候群 神経サルコイドーシス
頭部外傷後遺症	
神経感染症 急性ウイルス性脳炎後遺症 単純ヘルペス脳炎 日本脳炎 HIV感染症（AIDS脳症） クロイツフェルト・ヤコブ病 神経梅毒（進行麻痺） その他の脳炎、髄膜炎後遺症	蓄積症、脳白質ジストロフィ 遅発型スフィンゴリピドーシス 糖原病 副腎皮質ジストロフィ 異染性白質ジストロフィ krabbe 病
無酸素性・低酸素性脳症	その他 ミトコンドリア脳筋症 筋強直性ジストロフィー
放射線障害	Fahr 病

*cerebral autosomal dominant arteriopathy and subcortical leukoencephalopathy

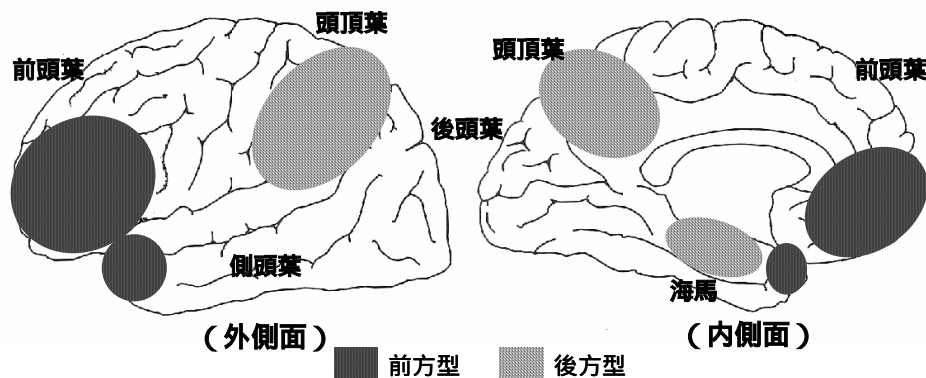


図1 前方型認知症と後方型認知症の病変分布

前頭側頭型認知症 frontotemporal dementia^{12~15)}：前頭葉（前方部）と側頭葉前方の両方、あるいはそのどちらか一方の部位に選択的な萎縮や変性が起こる変性症を前頭側頭葉変性症 fronto-temporal lobar degeneration という。脳の変化に基づく分類では、タウ陽性のピック小体を有するタイプ（ピック病）、ピック小体はないがタウ陽性の神経原性線維変化があり、大脳皮質の空胞状変化を示すタイプ、空胞状変化とともにユビキチン陽性の封入体が見られるタイプ、空胞状変化のみを示すタイプがある。症状のうえからは、認知症を主症状とする前頭側頭型認知症、言語障害が前景に立つ進行性非流暢性失語 progressive non-fluent aphasia と語義失語 semantic aphasia（これは意味性認知症 semantic dementia とほぼ同等）に分類される。前頭側頭型認知症は、アルツハイマー病が後方型認知症の代表であるのに対して、前方部に主たる病変がある前方型認知症（anterior dementia）の代表である。その中には運動ニューロン病を伴う例もある。45～65歳に発病しやすく、若年認知症の中では、その割合が大きくなる。イギリスの報告では、アルツハイマー病と前頭側頭型認知症の比率は65歳未満の年代では3:1、50歳未満になると1.7:1という¹⁴⁾。40～50%で家族歴があり、17番目染色体にあるタウ蛋白遺伝子の異常をはじめとして、他の染色体上にある遺伝子異常も確認されてきている^{14, 15)}。

レビー小体型認知症 dementia with Lewy body^{16, 17)}：^{アルファ}α-シヌクレインという蛋白が変化を起こして凝集し、レビー小体というものができる。これが大脳や脳幹部、交感神経系の神経細胞内に多数現れて、神経細胞も脱落していく疾患がレビー小体病である。その中で認知障害が目立つものをレビー小体型認知症という。このレビー小体型認知症では、認知障害とともにパーキンソン症状や自律神経症状もみられるため、他のパーキンソン症状を来す神経変性疾患（パーキンソン病、進行性核上性麻痺、

皮質基底核変性症、多系統萎縮症など）との鑑別が問題になる。パーキンソン病は、レビー小体が脳に現れる代表的な疾患であるが、ふつうは脳幹部と自律神経系にほとんど限ってみられ、大脳にはほとんど変化は認められない。しかし、パーキンソン病でも認知障害を示す例があり、その場合、認知障害はパーキンソン症状が現れて1年以上たってから現れてくるとされている（レビー小体型認知症では、認知障害とパーキンソン症状の出現時期に1年以上のずれがないとされている）。この“1年ルール”がレビー小体型認知症とパーキンソン病の鑑別のポイントとされているが、実際には厳密なものではなく、これらの疾患の鑑別は容易ではない¹⁸⁾。また、レビー小体型認知症ではほとんどの例でアルツハイマー病と同じような脳の変化を伴っており、症状がまぎらわしくなるため、これらふたつの疾患の鑑別も難しくなることがある¹⁹⁾。

脳血管性認知症 vascular dementia^{20~22)}：多発性の脳梗塞や脳出血、認知機能に関連した特定部位の梗塞や出血、あるいは大脳白質の広範な虚血性変化のために、認知障害や失語、失認、失行などの高次脳機能障害を来す認知症である。病変部位によって様々な神経症状を伴ってくる。高齢発症の場合は高血圧や糖尿病、心疾患、高脂血症の合併が発症に関与するが、若年性の場合、血液凝固異常や遺伝子の異常などが原因になる例があり、詳しい検査が必要になる³⁾。

無酸素脳症あるいは低酸素脳症 anoxic encephalopathy：主に心疾患のために呼吸停止・心停止を来たして、大脳に広範な虚血性変化を起こした状態である。病変が大脳全般に及ぶ重症例もあるが、病変が特に虚血に弱い海馬領域に局限しても、後遺症として高度の記憶障害を残すことが多い²³⁾。

第3章 診断

若年認知症では進行の早い例があり、早期診断・早期治療・早期ケアが重要である。原因疾患を特定することは、適切な治療や看護、介護の方法を選択し、計画していくうえで重要である。原因疾患が特定できれば、家族も予後のある程度予測して生活設計を立てることができる。また、治療可能な認知障害を見逃さないためにも、異常に気付いたら、できるだけ早く診察を受けるのが望ましい。

若年認知症では、正確に診断ができる専門医がまだ少ない。気になる症状があっても、どの医療機関を受診するといったのかわかりにくいのも現状である。専門的な検査と診断を受けるには、神経内科、精神科（心療内科、神経科など）を受診する。ただし、その医療機関に、若年認知症に詳しい医師のいることが必要である。受診前に、若年認知症の診断ができるかどうかを医療機関に確認しておいたほうがいだろう。病院によっては“物忘れ外来”という科が設けられているので、そこでも診察が受けられる。

通常、診断は次のような手順で行われる。

問診：認知症の症状（最初に気付かれた症状とその時期、その後の進行状態、現実にかいているさまざまな問題など）や、認知症に関する受診歴（それまでに受診した医療機関、その時の診断や検査結果、治療歴など）が詳しくたずねられる。既往歴（それまでにかかった病気や治療歴）や家族歴（家族の持病、特に本人と同じような認知症の有無）もたずねられる。服用中の薬剤も詳細に確認される。これは薬剤の副作用で認知障害を起こすことがあるからである。これらの問診に際しては、受診前に、あらかじめ、気になっている症状とその経過、既往歴や家族歴などを整理して記載していくとよい。服用薬があれば、その内容をわかるようにして持参する。

一般理学的、神経学的診察：血圧、脈拍、体温の測定に始まり、通常の内科的診察が行われる。次いで、神経学的診察によって、意識状態、言語機能、視聴覚機能、構音障害や嚥下障害の有無、四肢体幹の運動機能（麻痺や失調、パーキンソン症状、不随意運動などの有無）、感覚機能、深部腱反射やバビンスキー徴候などの異常反射、歩行の状態、自律神経系の異常などが系統的に調べられる。

血液検査：通常の血液検査のほかに、甲状腺機能検査、ビタミン B12 や葉酸、ワッセルマン反応（梅毒の感染の確認）が行われる。場合によっては HIV 抗体、セルロプラスミン、自己抗体、血液凝固異常や特殊な酵素欠損の確認も行われる。

画像：頭部 MRI は必須の検査である。この検査で脳の形態的異常（脳梗塞などの脳血

管障害の所見、脳の特定部位の萎縮や変化など)を検出できる。アルツハイマー病では、海馬を含む側頭葉内側部に最初に萎縮が現れる¹¹⁾。一方、レビー小体型認知症では、側頭葉内側部の萎縮はあまり目立たない^{17, 24)}。前頭側頭型認知症では、前頭葉や側頭葉前方の萎縮が認められる¹⁴⁾。

脳血流シンチである^{スベクト}SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography) は、¹²³I や ^{99m}Tc などの放射性核種で標識された化合物を注射して脳血流量の分布のパターンを描出する。脳梗塞があれば、血流が途絶えたり、低下していることがはっきりとわかる。この検査により脳の特定部位の機能低下もわかる。認知症では、原因疾患によって脳血流低下のパターンに特徴があるため、鑑別診断に有用である。アルツハイマー病では、ごく初期に帯状回後方の血流の低下がまず起こり、やがて側頭・頭頂葉領域および側頭葉内側部の血流の低下がはっきりしてくる²⁵⁾。前頭側頭型認知症では、前頭葉および側頭葉前方で血流の低下が見られるが、アルツハイマー病と違い、頭頂葉の血流はわりに良好に保たれる傾向がある^{14, 26, 27)}。レビー小体型認知症では、側頭・頭頂葉領域に加えて、後頭葉視覚領の血流の低下も認められる^{17, 28)}。^{ベツト}PET (Positron Emission Tomography) は SPECT と同様に放射線核種で標識された化合物を投与して、脳内の局所の血流量、血液量、糖代謝や酸素代謝などを計測できる検査である。SPECT に比べると大がかりな装置を要し、設置している医療機関が限られる。

神経心理学的検査：本人に課題を与えて知的機能を検査する方法である。見当識(日時、場所など)、即時・短期記憶、計算能力、言語能力(発語、理解や書字、読字)、描画による構成能力、注意力などを調べる項目から成り、点数によって認知障害の程度がだいたいわかる。Mini-Mental State Examination MMSE や長谷川式簡易知的機能検査 HDS-R は、スクリーニングとして短時間で簡便にできるため、外来で汎用されている。より精密な検査としては、Alzheimer's Disease Assessment Scale ADAS や Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised WAIS-R があるが、検査項目が多く、時間がかかるため、検査を受ける人の負担が大きい^{29~31)}。他にも、思考の柔軟性などの遂行機能を調べる検査として、Wisconsin Card Sorting Test(WCST)や Stroop test がある²³⁾。

観察式認知機能評価：家族や施設の介護スタッフの観察に基づいて、本人の精神機能や行動を評価する方法である。観察者の正確な観察力が求められる。Mental Function Impairment Scale MENFIS は、記憶・記銘力や見当識などの認知機能、自発性や興味・関心といった動機付け、感情や情緒について障害の程度を評価する。Functional Assessment Staging FAST や Clinical Dementia Rating CDR は、日常生活の行動から認知障害の程度を評価する²⁹⁾。

遺伝子検査：認知症の原因疾患として遺伝性疾患が疑われる場合、遺伝子検査によっ

て確定診断ができる。ただし、遺伝子検査では、検査を行うか否かの判断やその後の対応に倫理的配慮が求められる。

髄液検査：脳炎の診断に役立つウイルス抗体や神経梅毒の診断に必要な髄液 TPHA などが検査される。将来的には、アルツハイマー病の早期診断のために、髄液中のアミロイド β 蛋白やタウ蛋白、リン酸化タウ蛋白の検査も行われるようになるかもしれない^{11, 32)}。

脳波：認知症では、基礎律動の全般的な除波化を認めることが多い。クロイツフェルト・ヤコブ病では、周期性同期性放電という特徴的な異常脳波が認められ、診断の一助になる。脳波は肝性脳症や脳炎などの意識障害の原因の鑑別にも有用である。

神経病理学的確定診断：認知症の中には、生前のさまざまな検査でも原因がわからず、亡くなられた後の脳の神経病理学的検討で初めて原因疾患が明らかになる場合がある。脳の疾患では未知の部分がまだ多く、このような神経病理学的研究は認知症の解明や治療法の発見に大切な研究方法である。

若年認知症との鑑別を要する疾患および病態

認知症のような高次脳機能障害は、先述の原因疾患以外でも起こりうる。その場合、認知症と症状は似ているが、治療法が違ふし、時には治療が可能である。例えば、次のような疾患や病態では、早めに気付いて診断と治療を受ける必要がある。

- ・ 正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫：脳外科での治療の対象になる。
- ・ うつ病などの精神科疾患：抗うつ剤などで改善する。
- ・ せん妄：注意障害を伴う意識障害である。記憶障害や失見当識、言語障害といった認知機能の低下も現れる。症状は数時間から数日のうちに起こり、一日の間にも症状は変動する。様々な全身疾患の悪化や薬剤の副作用で、一時的に脳の機能障害を起こした状態である³³⁾。原因になっている状態が改善したり、原因薬剤が中止されると回復するが、時には対症療法的に投薬が必要になることもある。

第4章 症状

高次脳機能のはたらき

認知症になると、高次脳機能にどのような支障が現れるのだろうか。それを考える前に、私たちが毎日、頭のなかでほとんど意識することなく行っている知的活動について考えてみて欲しい。私たちは、改めて意識することはないが、いつでも自分がだれで、どこにいて、今がいつかということを何かを考える時の準拠枠にしている。そのうえで、目の前の現象の意味を過去の記憶や経験、知識と照合し、必要であれば、さらに情報を収集して総合的に判断を下す。そこでは周囲の状況との調和やその判断がもたらすさまざまな結果などを推理し、考慮に入れている。その判断は、その後の状況変化に応じて、逐次、柔軟に修正されていく。何かひとつのことを達成しようと計画すれば、将来的な展望に立って、その目標や完成をイメージし、それを実現する効果的な方法や手順を考え、企画し、実際に問題解決を繰り返しながら、何段階もの作業を順序よく継続していく。そのためにはひとつのことに注意を集中し、そうしながらも別のことを頭のどこかに置いているし、必要に応じて速やかに、そちらに注意を移し変えていく。もちろん、そうしながらも、前のことは記憶に留めている。人の話を聞いたり、何かで情報を収集すれば、その内容のエッセンスを抽象化して記憶に留めておき、別の事態に当てはめて思考や判断をより深みのある内容豊かなものにしていく。思考は柔軟でなければならないし、上手に状況に応じて切り替えていくことも必要である。日々、面々と連なる細かな知的作業を滞りなく遂行していくには、意志や意欲がなければならない。感情や情動もうまくコントロールしなければならない。さらに、何か自分の望むことを実現したり、手に入れるためには自分と周囲との関係にも配慮し、円滑な人間関係の構築も欠かせない。相手との人間的距離を推察し、時と場所、相手に相応しく振る舞う。適切な言葉遣いで、多少の社交儀礼も交えながら、上手にコミュニケーションを行っていく。そうしながらも相手の表情や仕草、話し方のニュアンスから相手の考えや感情、言外の意味を理解し、相手の気持ちに共感する。場の空気を読んだり、相手の立場に立って考えることも必要になる。言葉や表情などで、上手に自分の気持ちも伝える。時には、苦手な相手にも笑顔で対応し、心と反対のことも言わなければならない。このように、私たちは実に多くの複雑な知的活動を常時行いながら毎日を過ごしているのである。

このような知的活動には、記憶・記銘力、見当識、言語能力、計算能力、構成能力、視空間認知の機能、注意力といった道具的な知能や、それらを統合的に駆使する、さらに高次の判断力、理解力、推理力、予測力、企画力、抽象能力、そして遂行能力な

ど、実に多様な高次脳機能が含まれている。また、その活動の過程で多様な記憶システムが駆使されながら複雑な情報処理も時々刻々で行なわれている。円滑な社会生活を営むための対人関係能力や情緒的共感性、言語的・非言語的コミュニケーション能力、相貌認知能力、直感的な推察力なども重要な能力として含まれる。さらに、推進力となる意欲や発動性がなければならない。注意の集中、持続、適切な分配と転換も必要である^{23, 34)}。

中核症状と周辺症状

さて、認知症になると、より複雑で高度な高次脳機能を要する知的作業から徐々に破綻していく。最初のうちは、複数の作業を同時に並行して行ったり、何段階もの系列作業を行う場合に、どこかが抜けたり、適切に遂行できなくなったり、あるいは手順がくるったりする。仕事の段取りが悪くなって、作業効率が低下する。さまざまな事柄を関連させて総合的に判断しなければならない状況で、その関連性を正確に把握できず、ちぐはぐな結論を出してしまう。いくつかのことを逐次、記憶に留めながら、次々と処理していかなければならない作業でも、どれかが抜け落ちてくる。こうして職場で仕事のスケジュール管理が的確にできなくなって、大事なアポイントを忘れてしまう。何人かの人と一緒にいる作業でも、それぞれの人への事務連絡が適切に行われず、トラブルが発生する。不適切な指示を出して、あちこちの部署から文句が出て仕事が滞ってしまう。複数の客に対応していると、誰かのことを忘れて放ったらかしにして叱られる等々・・・本や新聞を読んでも、長い文章になると何度も読み直さないと意味がくみ取れない。抽象的な内容になると、さらに理解が難しい。以前のように考えがまとまらず、時々“頭が真っ白になった”ように感じる。やがて、もう少し単純な知的作業にも問題が生じるようになる。前日に指示されたことを忘れていたり、メモをしていたのに、それを見ることに気付かなかったりしてミスをおかす。何日かぶりに取引先から電話がかかってきても、すぐに何のことであるのか思い出せない。車で出かけたものの、道に迷い、時間通りに着けず、相手に迷惑をかける。打ち合わせに大事な書類を揃えるのを忘れてしまい、ひんしゅくを買う。職場の上司からは、仕事が忙しくて疲れ気味だから、少し休養するように言われたりする。家庭の主婦であれば、自慢の料理が作れなくなり、手の込んだ複雑な作業を要する手芸に興味がなくなる。能力の低下がさらに進行すると、単純な物忘れが重なり、言われたことがすぐに理解できない。とてもその人とは思えないような奇妙な判断をして、周囲の人に不信に思われ、明らかにふつうではないとわかるようになる。家庭でも、家族に頼まれたことを度々忘れてしまったり、片づけができずに家の中が乱雑になってきたりする。出かけると道に迷うし、字もすらすらと書けなくなり、金銭管理もできなくなる。日付の感覚も曖昧になる。このようにして、記憶障害、失見当識、計算障害、言語障害、構成障害、視空間認知障害、注意障害などの認知症本来の症状である中核症状がはっきりしてくるのである。

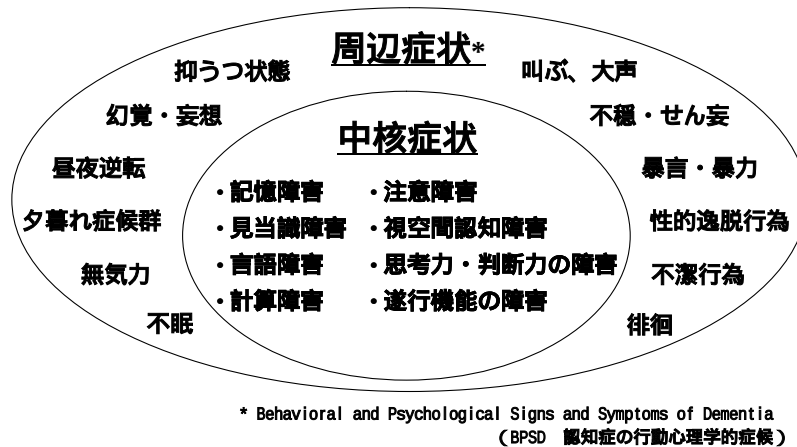


図 2 中核症状と周辺症状

図 2 は、認知症の症状を中核症状と周辺症状に分けて、わかりやすく示したものである。しかし、上述のように、このような個々の中核症状がはっきりしてくる以前から、徐々に、より高度で複雑な高次脳機能には支障が現れ始めているのである。場合によっては円滑な人間関係や社会生活も損なわれてくる。それはもの忘れなどによるトラブルやミスが度々重なるためだけではなく、以前のように他人への気遣いをできなくなったり、人前で不適切な振る舞いをしたりするなど、社会的な場面で適切に振る舞う能力自体が損なわれてくるためでもある。感情のコントロールや表現も拙劣になり、すぐに感情的になったり、深みのない子供っぽい表現になってくる。注意も散漫になり、落ち着かず、興味や自発性も低下してきて、自分からは何もしようとしなくなる。こういったことが入り交じって、どことなく人格も変わってきたという印象を与えるようになるのである。

周辺症状とは、認知障害に付随して二次的に現れる行動障害や精神症状（認知症の行動心理学的症候 behavioral and psychological signs and symptoms of dementia BPSD と称される）である³⁵⁾。これには、脳の器質的变化（例えば、前頭葉や側頭葉、大脳右半球の障害）や機能障害（神経伝達物質の状態の変化など）が関与しているとされている。原因疾患によって、症状の内容や出る時期に多少の特徴もある。しかし、それだけではなく、その人の生活歴や病前性格、周囲の介護者の対応の仕方、生活環境や心理状態も関連している。若年認知症の場合、暴力や徘徊のような症状が現れた時には、体力や筋力があるだけに介護者は対応に苦慮することが多い。

さまざまな神経症状の合併

原因疾患によっては、早期から、あるいは病期の途中から、運動麻痺、パーキンソン症状、歩行障害、不随意運動、腱反射の異常や異常反射、筋緊張の亢進、眼球運動

障害、感覚障害、けいれん発作などの神経症状を合併してくる。例えば、レビー小体型認知症やパーキンソン病などでは、固縮、振戦、姿勢反射障害、寡動や無動、歩行障害、仮面様顔貌、構音障害などのパーキンソン症状が見られる。脳血管型認知症や頭部外傷、脳腫瘍、多発性硬化症など、脳の局所的な病変を伴う疾患では、その病変部位に合致して多様な神経症状が現れる。このような神経症状については、神経内科で専門的な診断と治療を受け、症状に応じて適切な介護サービスを計画していく必要がある。

疾患別の特徴的な症状

認知症では、原因疾患によって特徴的な症状がある。その特徴を理解しておくことは、適切な看護や介護を行ううえで重要である。

アルツハイマー病^{9, 11, 21, 23, 36}：特徴的な症状として、記憶障害、失見当識、視空間認知障害、計算障害、判断力や理解力の障害とともに、失認、失行、失語が現れる。記憶障害は、個人的体験の情報に関する記憶であるエピソード記憶から始まる。最初は新しいことが憶えられず、あとで思い出せない（前向性健忘）。古い出来事の記憶は最初のうちは保たれているが、病気が進行すると、それも徐々に失われていく（逆行性健忘）。また、知識として蓄えられた記憶も忘れられていく（意味記憶の障害）。一方、動作や行為、技能として憶えた手続き記憶はかなり末期まで保たれていることが多く、園芸や踊りの仕草、楽器の演奏が思わぬ時にできたりする。視空間認知障害のため、自分の身体と見えている空間との関連づけができなくなり、よく道に迷うようになる。失認とは、ある感覚様式を通じてとらえた対象の意味を認識できない症状である。例えば、スプーンを見ても、それが食べ物を口に運ぶための道具と認識できない。失行は、運動障害がないのに習熟した目的のある行動を行えない症状であり、歯ブラシや櫛を適切に使えなくなったり、箸の持ち方がわからなくなる。服がうまく着られなくなるのも着衣失行という。アルツハイマー病の失語症状には健忘失語の特徴があり、言葉の意味が理解できなくなったり、キーワードとなる言葉がすらすらと出て来なくなったり代名詞が増えたり（喚語障害）、語彙が減少して、いつも同じような内容の発語が増えてくる。話し方は流暢であるが、キーワードが欠けてくるので、会話の内容は要領を得ず、空疎なものになる。病気が進行すると、やがて発語も消失する。一方、情緒的な交流や対人関係能力、社会的な礼節はかなり末期まで保たれることがあり、自分のことを上手に取り繕ったり、最後まで挨拶やお愛想が言えたり、ほとんど発語がなくても笑顔で会釈できたりする。末期には鏡現象という症状が見られることもあり、鏡に映っている自分の姿を自分と認識できず、その像と会話したりする。アルツハイマー病では、かなり末期にならないと明確な神経症状が現れず、そのことが診断時に重要なポイントになる。ただし、末期には歩行障害などの運動障害、ミオクローヌス、けいれん発作、筋緊張の亢進、原始反射などがみられるようになる。

前頭側頭型認知症^{12～14, 21, 23, 26)}：前頭葉や側頭葉前方が障害されるため、遂行機能の障害、注意障害とともに人格変化や社会的な振る舞いの障害が前景に立つ。病初期から病識が希薄になり、無関心や意欲の低下が現れる。感情が希薄になり（感情鈍磨）情緒的共感性が乏しくなる。場をわきまえず、相手に失礼な暴言を言っても平然としているような社会的礼節を欠いた無遠慮な言動や行動、他人への配慮の欠如などの対人的な振る舞いの異常がみられ、自分の行動のコントロールが困難になる。身繕いに無頓着になり、衛生観念も失われてくる。融通が効かなくなり、いつも決まった道順を歩く、毎日、同じ料理を作るといった常同行動、強迫行動、儀式的な反復行動、性的逸脱行為などの脱抑制、被影響性の亢進、食欲亢進や同じものばかり食べるといった食行動の異常、喫煙量の増加などの口唇傾向も現れる。言語面では、発語の減少やオーム返し（反響言語）、ステレオタイプの言語、何を聞いても同じ言葉の繰り返して答えるといった滞続言語も現れる。初期には、このような対人的な振る舞いの異常や行動障害に比べると記憶・記銘力や見当識、視空間認知は保たれている。この点がアルツハイマー病との鑑別のポイントであるが、そのために、万引きなどの軽犯罪を繰り返して警察沙汰になっても認知症と診断されないことがある。このように道具的知能は初期では保たれているものの、それらを駆使して状況を判断し、柔軟に思考し、問題を解決していく遂行機能は著明に障害される。また、前頭葉障害を示す原始反射や失禁も認められることがある。末期になると無言になり、無動や固縮、振戦が現れる。進行性非流暢性失語（なめらかに言葉がでてこない、理解ができない）や語義失語（言葉の意味がわからない、名称が出てこない）では、最初は認知障害がはっきりしないが、数年すると現れてくるようになる^{23, 34)}。

レビー小体型認知症^{16, 17, 21)}：診断のポイントになる症状は、パーキンソン症状とともに、注意や覚醒レベルの明らかな変化を伴う認知障害の変動と、意識がはっきりしている状態の時に繰り返し現れる、ありありとした詳細で具体的な内容の幻視体験である。初期には、記憶障害があまり目立たないのに視空間認知障害や注意障害が強いという特徴もある。レム睡眠関連行動障害が早期からみられることもある。これは、レム睡眠という最も浅い睡眠中に生じる運動活動で、寝言を言って四肢を動かしたり、大声を出したり、時には暴行に及ぶこともある。幻視とともに、妄想、無気力、不安、抑うつ状態のような精神症状も初期からよく見られる。また、抗精神薬に対する過敏性があり、副作用が出やすい。パーキンソン症状については、レビー小体型認知症の場合、パーキンソン病に比べて姿勢反射障害や仮面様顔貌が目立つ反面、振戦は軽いとされている。自律神経症状としては、起立性低血圧による失神のような症状も現れる。

脳血管性認知症^{20～23)}：認知障害が脳血管障害の発症から 3 ヶ月以内に現れてくると、また急に認知障害が発症したり、階段状に悪化していくことが脳血管性認知症の

鑑別のポイントである。病変部位によって、初期から運動麻痺や歩行障害、構音障害、失禁などを認めることが多い。失語症を伴うこともある。病変部位によっては、認知障害がいわゆる“斑状”のこともあり、記憶・記銘力や見当識はわりに良いのに、視空間認知の機能が非常に低下していて、すぐに道に迷ったり、注意障害のために、大丈夫だろうと思っていると思わぬ失敗をして、介護者は対応が難しい。また、抑うつ状態や自発性の低下、感情の抑制がうまくできないなどの感情障害や人格の変化を伴うこともある。

脳血管性認知症における右半球症状（劣位半球症状）³⁴⁾：この場合、記憶・記銘力や計算能力などは比較的保たれているが、図形の模写ができないといった構成障害や左半側空間無視（左側の視野にある対象に気付にくい）のほかに、病識の希薄さや無関心、注意障害（注意散漫、何かに一所懸命取り組むが的外れの、不用心さが目立つ）、短絡的で無頓着、自分の誤りに気付にくい、自己修正が困難、深刻味がなく表面的で、物事の本質を理解しにくいといった独特の性格変化が現れる。さらに情動の認知や表出が障害されて、相手の言葉の裏にある感情の読みとりができず、話し方が感情のこもらない平坦なものになる。冗談や皮肉も通じにくい。このように、大脳の右半球の広範な病変では、リハビリテーションの効果がなかなか挙がらなかったり、注意されてわかっているようでも、その場になると平然と危険なことをしてしまうなど、日常的には予想以上に問題になることがある。

進行の仕方

認知症の進行の仕方やその経過中に現れる症状は、原因疾患によって多少の違いがある。神経変性疾患の場合には、数年～10 数年の経過でゆっくりと進行するのがつうである。脳血管障害や再発を繰り返す多発性硬化症、神経ベーチェット症候群、ミトコンドリア脳筋症のような疾患では、再発によって認知障害や神経症状が階段状に悪化していく。また、原因疾患が同じであっても、具体的な症状の現れ方（特に周辺症状）や進行の仕方には、やはり個人差がある。それを左右するのは、本人の特性（もとの知的能力の程度、他の身体合併症、生活習慣、趣味、意欲の程度など）、さまざまな生活環境、周囲の人たちとの交流の密度、介護者の対応の仕方、薬物治療の効果や副作用などである。これらの中には改善できるものがあるので、見直してみる必要がある。

介護の視点からみると、認知症の経過はおおむね次のとおりである。

ごく初期：高度な判断力や理解力、推理力、抽象能力などを要する作業で支障が現れ始める。ただ、この時期には、周囲の人たちはあまり気付かないことが多い。本人自らが専門医を受診することもある。

初期：認知障害が進行して、思考力や判断力の低下、記憶障害、失見当識、計算障害、視空間認知障害といった中核症状が少しずつ目立つようになり、周囲の人にも気付かれる。仕事のミスも目立つようになり、就労が難しくなる。しかし、家事などのやり慣れた作業は、少し援助してもらおうとできる。身の回りのことも自力でできる。行き慣れた場所であれば、ひとりで出かけられる。

中期：記憶障害が目立ち、朝のことを昼には忘れてしまう。物をどこかに置くと、置き場所を忘れて探し回る。ひとりで外出ができなくなり、身支度や整容などに部分的に介助が必要になる。会話は要領を得ず、代名詞が多くなり、コミュニケーションが難しくなる。もう少し進行すると、使い慣れた器具や道具を上手に使えなくなり、日常生活で随時、見守りが必要になってくる。さまざまな行動障害や精神症状が現れることもあり、介護が難しい段階である。

末期：失禁が始まり、食事や洗面、入浴、更衣などに全面的に介助が必要になる。発語も減少する。しかし、疾患によっては、感情表現は繊細さや深さに欠けるものの、まだ保たれており、情緒的な交流はある。歩行障害などの運動障害が現れ、転倒骨折の危険が高くなる。

終末期：寝たきり状態になり、食事も全介助になる。摂食障害も現れてくる。誤嚥性肺炎や尿路感染を繰り返すようになり、ターミナルケアについて医師と相談する時期である。

なお、運動障害は、レビー小体型認知症や脳血管性認知症では比較的早期からみられるが、アルツハイマー病や前頭側頭型認知症では、他の合併症がない限り、末期にならないと目立たないことが多い。

認知障害の増悪要因

認知症の症状が急に変化したり、悪化した場合には、他の病気が起きていたり、身体の状態が変わっていることがある。脳血管性認知症では、新しい梗塞や出血が起きている可能性が高い。すぐに専門医を受診し、調べてもらう必要がある。症状を悪化させる要因として、次のようなものが挙げられる。

- ・脳血管障害（脳梗塞や脳出血）や原因疾患の再発。
- ・他の疾患の合併：けいれん発作、肺炎や尿路感染などの感染症、心不全、腎不全などの他の内臓疾患の悪化。
- ・体調の悪化：発熱、下痢、便秘、脱水、不眠など。
- ・薬の副作用：感冒薬、睡眠薬や抗不安薬、抗精神薬、抗パーキンソン薬、糖尿病薬など。
- ・生活環境の大きな変化：転居、大事な人との別離、施設への入所、入院。
- ・精神的ストレス：人間関係のストレス、能力的に無理なことを強いられること。

表 2 認知症の経過

病期 認知障害の 程度	ごく初期	初期	中期	末期	終末期
	ごく軽度	軽度	中程度	高度	
記憶・記銘力	・ごく軽い記憶障害のみ。	・最近のことを少し忘れる。 ・古い記憶はほぼ保たれている。	・新しいことはすぐに忘れる。 ・古い記憶も少し脱落。	・直前のことも忘れる。 ・古い記憶は断片的に残る。	・古い記憶も消失。
見当識	・時間的関連性を時に間違う。	・日付が曖昧になる。 ・慣れない場所で時々迷う。	・季節ぐらいしか認識できない。 日付はわからない。 ・慣れた場所でも迷う。	・時間的な認識はない。 ・自分のいる場所がわからない。 ・人物の識別も不能。	・家族も識別不能。
理解力	・あまり問題はない。	・話の内容が複雑になると理解が困難。	・話の内容の簡単なことしか理解できない。	・話の内容はほとんど理解不能。	・理解不能。
判断力	・あまり問題はない。	・難しい判断は自力では困難。 ・社会的判断は保たれている。	・助言があっても適切な判断は困難。 ・社会的判断も困難。	・適切な判断はできない。	・判断不能。
意思表示・会話	・あまり問題はない。	・意思の細部までは伝えにくい。 ・込み入った会話は困難。	・意思の大筋しか伝えられない。 ・簡単な日常会話は可能、辻褄の合わないことが多い。	・意思表示はごくわずかある。 ・意味のある会話は不可能。時に決まり文句の発語程度。	・ほぼ無言。
興味・関心	・趣味や知的関心が軽度到低下。	・周囲への興味や関心が低下。	・周囲への興味や関心が明らかに低下。 ・習慣的なことはできる。あるいは指示されるとできる。	・周囲への興味や関心は著明に低下。	・周囲への関心はほとんど示さない。
日常生活動作 (ADL)	・仕事や金銭管理で軽度の障害。	・就労が徐々に不可能になる。 ・複雑な家事や整理は困難。 ・金銭管理が困難。 ・セルフケアは可能。	・単純な家事のみ可能。買い物は自力では無理。 ・着衣、整容、衛生管理などのセルフケアに介助が必要。	・家庭で意味のあることはできない。 ・セルフケアは全介助。 ・食事は部分介助。 ・失禁状態。	・寝たきり状態。 ・食事も含めて全介助。あるいは嚥下不能。
神経症状・身体合併症*				・歩行障害、転倒の危険。 ・摂食・嚥下障害。 ・不随意運動、固縮、原始反射などが出現。	・感染症（誤嚥性肺炎、尿路感染など）の反復。 ・褥創の危険。
ADAS ₁₎		15.5 ± 5.7	26.7 ± 9.0	40.6 ± 13.4	(検査不能)
HDS-R ₁₎		19.10 ± 5.04	15.43 ± 3.68	やや高度10.73 ± 5.40 高度4.04. ± 2.62	(検査不能)
介護認定		要支援1～要支援2	要支援2～介護度3	介護度3～5	介護度5

CDR (Clinical Dementia Rating), MENFIS (Mental Function Impairment Scale), NMスケール (N式老年用精神状態・評価尺度) より作成。

* 原因疾患によっては、初期から四肢の運動障害や嚥下障害を伴う場合がある。

ADAS: Alzheimer's Disease Assessment Scale, HDS-R: 長谷川式簡易知的機能検査

1) 今井幸充, 下垣光: 抗認知薬評価のための検査-ADAS, MMSE, HDS-R, GBS, MENFIS-, 老年期痴呆, 1994; 8; 61-70

第5章 治療

薬物治療

原因疾患に対する治療：アルツハイマー病では、コリンエステラーゼ阻害薬であるドネペジル（アリセプト）が進行を遅らせるのに有効である。半数程度の人では認知障害をいくらか改善させる効果があるとされている^{37, 38)}。最近では重症の進行例でも改善効果があるという報告もある³⁹⁾。活気や意欲の向上、集中力の改善といった効果も指摘されており、そういった効果が二次的に記憶・記銘力の改善、発語の増加、介護負担の軽減をもたらしている可能性もある。現在、アルツハイマー病では、治験中の薬剤（ γ ^{ガンマ}セクレターゼ阻害薬、 β ^{ベータ}セクレターゼ阻害薬、アミロイドワクチン、凝集阻害薬など）や数年以内に発売が予定されている薬剤（リバスティグミン、ガランタミン、メマンチン）もある。前頭側頭型認知症ではセロトニンの脳内代謝の異常が推測されており、強迫行動や常同行動、食行動の異常に、セロトニン再取り込み阻害薬の改善効果が指摘されている^{14, 40)}。レビー小体型認知症では、アセチルコリン系の障害がアルツハイマー病より強いため、ドネペジルが認知障害や幻覚、不安、無気力、睡眠障害などに有効とされている。抗精神薬は副作用が非常に現れやすいため、投与すべきではないが、どうしても必要な場合には、非定型型抗精神薬を少量のみ慎重に投与する。パーキンソン症状に対しては、L-ドーパなどの抗パーキンソン薬が投与されるが、パーキンソン病とは違って効果は部分的であることが多い¹⁷⁾。

脳血管性認知症では、脳梗塞の再発予防のために、アスピリン（バイアスピリン、バップアリン）、クロピドグレル（プラビックス）、ワーファリンカリウム（ワーファリン）、シロスタゾール（プレタール）などが投与される。また、高血圧や糖尿病、高脂血症を合併している場合には、それらに対する投薬治療も必要である。

その他、原因疾患に応じて特殊な治療が必要であり、専門医とよく相談していく。

周辺症状に対する対症療法：さまざまな行動障害や精神症状も、向精神薬を適切に投与することで軽減できることが多い。このような症状は、介護する側にとって対応が難しいというだけでなく、本人自身にとっても辛いものである。例えば、徘徊によって体力を消耗させることにもなるし、昼夜逆転による不眠は脳の活動にも悪影響を与える。度々、幻覚や妄想にさらされていることで精神的に疲労し、中核症状の進行を早めてしまう結果にもなりかねない。周辺症状に対する治療は、介護する側が楽になるためだけのものではない。本人の身体を健康を維持し、本人ができるだけ穏やかに過ごすことで認知障害の進行を少しでも緩やかにするためにも大切なのである。また、

認知症になると、二次的に抑うつ状態、不眠、不安症状、パニック症状なども現れやすい。これらも、抗うつ剤や睡眠剤、抗不安薬などを上手に使用することで軽減できる。早めに主治医と相談していくことが望ましい。

非薬物療法：記憶の訓練、リハビリテーション、リアリティ・オリエンテーション、認知リハビリテーション、回想法、アロマセラピー、音楽療法、芸術療法などが挙げられる。楽しい刺激を継続的に与えることにより、意欲を高め、反応を引き出し、集中力を改善するという効果が指摘されている。周辺症状を減らす効果もあるという。しかし、これらの療法に関しては、効果の判定が難しく、今後、エビデンスの実証が必要である⁴¹⁾。

その他、場合によっては、家族カウンセリングや遺伝カウンセリングも必要になることがある。

第6章 経過中に遭遇する課題と対応

診断に至るまでの逡巡、葛藤、診断の遅れ

若年認知症では、罹患する多くの人が現役で就労や家事に従事している年代である。そのため、ごく軽い認知障害であっても支障が現れ、早期に診断されやすい。それにもかかわらず、さまざまな事情で診断や治療が遅れてしまうことがある。

認知症の最初の徴候は、本人には「いつもの自分とは違う」「どうも調子が悪い」という漠然とした奇妙な違和感として自覚され、そのためにひとりで思い悩むことがある。現実的に認知障害による問題が起きてくると、抑うつ状態になることも多いだろう。そのような状態で病院を受診すると、「うつ病」と診断され、その背後にある本当の問題が看過されてしまうことがある。この診断のもとに投薬治療が数年間続けられ、認知障害が目立つようになって、ようやく若年認知症と診断されたものの、早期治療の機会を逃してしまう例もある。また、この違和感はめまいや耳鳴り、頭重感のような不定愁訴様のいろいろな身体的不調として訴えられることもある。そして、耳鼻科などの認知症とは本質的に関係の薄い科をいくつか転々とすることになる。女性であれば、更年期障害と考えて婦人科を受診し、そのとおりに診断されたりする。物忘れなどを主訴に、認知症を疑って脳外科などを受診しても、MRIで脳の萎縮がまだ明らかでなければ「異常なし」と診断されてしまうこともある。家族も、この時期にはさまざまな葛藤を感じる。本人の様子を心配しながらも原因がわからず、対応に苦慮する。認知症を疑っても、どのように本人を傷つけないで説得して病院を受診させようかと悩むことも多い。家族としては認知症を疑ってはいても、「うつ病」と診断され、投薬治療が可能であると説明されると、家族もそれを信じたくなる。このように、この時期には本人も家族も不安を抱えながら逡巡することが多い。問題は、そうしている間に、早期診断と早期治療の機会を逃してしまうことである。

若年認知症では、最初の症状の現れ方や本人の受け止め方によって、適切に診断できる専門医を必ずしも最初に受診するとは限らない。むしろ、最初の診察の窓口になるのは、就労先の産業医や人間ドック（脳ドック）の医師、あるいは認知症と関連の薄い科の医師、かかりつけ医であることも多い。したがって、こういった専門外の医師も若年認知症の可能性を思い浮かべられる程度の知識を持っていることが求められる。そして、この疾患を疑えば、速やかに専門医を紹介するべきである。本人や家族も、うつ病などで投薬治療を受けていても病状が改善しなかったり、悪化していくようであれば、あるいは診断に疑問があれば、思い切ってセカンドオピニオンを求める決断が必要だろう。

認知症の本人への病名告知

認知症の病名告知の是非については、生前診断の不確かさや現時点では決定的な治療のないこと、本人の理解力の限界や精神的負担などの理由で告知に慎重な立場と、本人の知る権利や治療および介護支援に対する自己決定権の尊重、医師の情報開示の義務から告知を推奨する立場がある^{42~44)}。さらに、告知を推奨する理由として、残された人生をみんなと有意義に送りたい、自分で意思表示ができるうちに、将来のことや終末期の対応について、事前指示あるいはリビング・ウィル（生前の意思表示）という形で自分の意向を伝えておきたいという希望もある。このような賛否両論のある中で、最近の趨勢としては、告知を行う考え方のほうが優勢になってきているようである。

特に若年認知症では、高齢発症の認知症と異なり、まだ理解力や判断力が保たれている早期に診断される例が多い。また、認知障害が進行してからでも、何らかの形で病識が保たれる傾向がある（前頭側頭型認知症では例外もある）。確かに治療法となると、現時点では原因疾患自体を治すための治療法はないので、病名を知っても希望がなく、辛いだけではないかという意見もあるだろう。しかし、重要なのは、残された人生を周囲の人たちとの交流の中で支えられて、“その人らしく”有意義に生活していくことである。そのための支援を本人の主体的参加や自己決定、自己選択を保障しながら、どのように計画していくのが重要になる。本人も、ある程度、自分の状態を知り、支援を受け入れる気持ちになることが必要になる。本人や家族、医師、支援に関わる多くのスタッフなど、みんなが率直に対峙し、その中で本人も安心してありのままの自分でいられる。そのような状況であってこそ、本当の支援が可能になる。周囲の人たちが 本人に対して“腫れ物に触る”ようであっては、本人もありのままの自分になれるはずがない。現実的にも、退職や運転の中止という事態は、本人へのある程度の説明を抜きにしてはほとんど不可能に近い。最近では抗認知症薬の治験への参加にも、本人への説明義務と本人自身の同意が必要である。また、告知は成年後見制度の有意義な活用とも密接に関連している。このように告知は本人と家族が認知症への理解を深め、治療や介護支援を一緒に計画していく第一歩である。

ただし、本人が「自分は病名を知りたくない」と告知を拒否すれば、それも尊重されるべきである。病名告知の是非を問う前に、まず本人が告知を希望するか否かに関して意思表示をする機会を保障されることが必要だろう。例えば、病名がわかれば、それを告知して欲しいかどうか、また最初に誰に説明して欲しいかといったことを診断の前に、あらかじめ本人に確認しておくのもいいのかもしれない。

病名を告知されることは、たとえ、本人がそれを望んだとしても精神的苦痛は大きく、抑うつ状態などの深刻な精神状態に陥る人もいる。医師には、本人や家族の気持ちに配慮しながら告知の仕方を吟味していく心遣いが求められるし、精神面もサポートしていく義務がある。さらに、多職種のスタッフとともに、本人や家族のその後の

生活をさまざまな形で支援していける展望がなければならないし、こういった点でも医師には力量が問われてくることになる。

医療と介護支援サービスの連携

認知症における“治療的”関わりは、通常の病気のように治す、あるいは症状を軽減するという意味での“治療的”ではなく、罹患後の本人と家族の生活や人生を“支援していくための様々な試み”といってよい。そのためにも、介護支援は医学的治療とは切り離せない。

医師や看護、介護のスタッフは互いに情報を交換し、連携を図りながら、本人や家族を支援していかなければならない。医師は医学的治療だけではなく、多様な社会資源や介護サービスに関する必要な情報を逐次家族に提供し、家族が介護で疲弊しないうちに、早めにサービスを活用していくように勧めていく。時には、適切な相談機関などに紹介して、ケースワーカーなどの専門のスタッフからサービス利用に関する説明や指導を受けられるように手配することも必要になる。介護家族同士の貴重な情報交換の場である家族会についても、支援の一環として紹介していくことが望ましい。一方、看護や介護に当たるスタッフは、本人の様子に変化があれば医師に報告し、治療について相談する。適宜、医師から医学的な助言をもらい、日常のケアに活かしていく。このように、常日頃から、多職種間で連携を図り、本人の状態変化に迅速に対応できる支援体制を組んで、本人中心の質の高い看護や介護を提供していくことが求められる。

若年認知症の支援には、看護や介護のスタッフ、理学・作業・言語療法士、ケアマネジャーやケースワーカー、ホームヘルパー、さらに他科の医師など実に多くの人が関わっている。その中で、主治医は診断と治療を行い、また、さまざまな書類を書いたり、指示を出したりする立場にある。支援に関わるみんなが共通の認識のもとに適切な支援ができるように、気配りし、調整するコーディネーターのような役割も担っていると言えるかもしれない。

合併症による一般病院への入院

認知症の経過中に、他の病気のために、内科や外科などの他の科で検査や治療を受けたり、時に入院が必要になる。自宅では、認知症があっても日常生活では大きな問題がなく、ふつうに過ごしている人でも、病院に入院すると、さまざまな行動障害や精神症状が現れ、医療関係者が対応に苦慮することもよくある。家族も、いつもと違う本人の様子を目の当たりにして狼狽することになる。

認知症である本人にしてみたら、入院という事態は、慣れない場所（あるいは初めての場所）で知らない人たちに囲まれて家族と離れて過ごすという生活環境の大きな変化である。さらに、たとえ、必要であっても、本人にとっては痛みや不快感の伴う治療や検査が行われ、ベッド上で安静を強いられる。本人にはその必要性が十分に理

解できず、何か怖いことをされるといふ不安や恐怖心が先立つ。さらに、検査や手術の前投薬や麻酔薬など、精神機能に影響を与える薬剤が投与されることも多い。家族にとっても、入院中に担当医や看護師、あるいは検査技師が本人の認知症のことを理解して対処してくれるかどうか非常に心配である。もう少し、配慮してもらっていたら、あんな結果にならずにすんだのにという経験を持つ家族も多いだろう。

治療上、一番問題になるのが点滴や挿入されたチューブ類の自己抜去である。勝手に立ちあがる、歩こうとする、ベッドから降りようとするなどの危険行為も問題になる。夜間せん妄、病棟内の徘徊、時には病院からの無断外出、夕方になると帰宅願望が強くなったり、落ち着きがなくなってくる夕暮れ症候群も起こるだろう。問題はこういった陽性症状だけではない。入院が長引くと生活が単調化して刺激や会話が減り、意欲の低下や認知障害が進み、それまでできていたことができなくなることも多い。行動障害に対する向精神薬の投与が、それに拍車をかける。臥床を強いられたり、短期間でも絶食になると、運動機能や嚥下機能も低下してしまう。一般病院では治療や危険防止、あるいは他の患者への配慮という観点から管理的、画一的な対応になりがちであるが、このような入院中の BPSD とも言えるような症状も、ちょっとした工夫や配慮で軽減できることが多い(表 3)。例えば、的確な入院時アセスメントによって、その人の状態を正確に把握し、その後の観察をきちんと行う。予想される事態にはあらかじめ予防策を講じておく。入院中のオリエンテーションや日常性を保持する工夫をする。運動機能や認知機能を低下させないように、リハビリテーションを活用する。コミュニケーションの仕方に配慮する(表 4)⁴⁵⁾。治療では、できるだけチューブ類の挿入は控えたり、点滴は時間を限定して行い、必要最小限にする。せん妄が現れた時には必要な検査を行い、本人の状態をよく確認して原因や誘因を確かめる。せん妄の最初の徴候である不眠や部屋を間違えるなどの混乱した行動を見逃さず、眠剤の投与を考えたり、必要な環境調整を行う。鎮静作用のある向精神薬の投与は最後の手段である。投与する場合には、必要最小限かつ短期間にして、投与後は数日ごとに様子を見て調整する。そして何よりも、医師や看護師が認知症に対する偏見を払拭し、認知症の人の看護のノウハウを習得していくことである。要は、入院による認知機能や ADL の低下を極力予防し、入院前に近い状態で退院してもらうことである。そのためには、その人の入院中の状態だけに目を向けるのではなく、入院前の状態をよく知り、退院後の目標となる状態を想定して、その時間軸の中で入院生活という特殊な状況での過ごし方を考えていく。一般病院も“治癒(キュア)を目的とする”だけではなく、“ケアを支える医療”の大切な一端なのである⁴⁶⁾。

表 3 一般病院入院中の BPSD の予防と対応

1. 入院時の的確なアセスメントとその後の観察
・ 認知機能（記憶・記銘力、見当識、指示の理解力など）の確認。 ・ 以前の入院歴とその時の様子を聞いておく。 ・ ふだんの生活の様子、睡眠や排泄の習慣を確認。 ・ 幻覚や妄想などの精神症状の有無を確認。 ・ 性格、感情表出の仕方を知っておく。 ・ コミュニケーション能力の確認と工夫（表4）。
2. 予想される事態への準備
・ あらかじめ、スタッフは心の準備をしておく。 ・ その時の対応策を話し合っておき、起こっても冷静に対応する。 ・ 担当医に、あらかじめ指示を出しておいてもらう。
3. 治療面での配慮
・ 点滴は必要最小限に、時間を限定して行う。 ・ チューブ類の挿入はできるだけ控える。 ・ チューブ類は速やかに除去していく。 ・ ICUから一般病棟へ移ってもらう。 ・ 離床を促し、リハビリテーションを実施する。
4. 日常性を演出する環境調整
・ オリエンテーションや日常性を保持する工夫（カレンダーや時計）。 ・ 新聞や雑誌を家族に持参してもらう。 ・ 家族やペットの写真を枕元におく。
5. リハビリテーションの活用
・ 理学療法で運動機能の保持、作業療法で精神機能の保持を図る。 ・ 夕暮れ症候群には、夕方に活動性の高いリハビリを行う。
6. せん妄への対応
・ 原因や誘因を調べる（血液検査、画像検査なども必要）。 ・ 身体的要因の確認（便秘、空腹や口渇、痛み、掻痒、尿意逼迫など）。 ・ 心理的要因の確認（ストレスや不安、恐怖心など）。 ・ 環境要因の確認（不適當な照明や騒音、看護師の頻回の入れ替わりなど）。 ・ 些細な初期の徴候を見逃さず、早期に適切に対応する。 ・ まず、できるだけ環境調整で対応する。 ・ 向精神薬は必要最小限、最短期間の投与にして、様子に合わせて細かく調整する。
7. 家族への対応と協力の依頼
・ 本人の状態をよく説明して、家族の不安や動揺を抑える。 ・ 付き添い、外出、外泊、可能であれば早めの退院について相談する。

表 4 上手なコミュニケーションのテクニック

1. 大人同士の会話	認知症だからといって子供じみた話し方は禁物である。その人の自尊心を尊重し、礼儀をわきまえて、対等な大人としての会話を行う。
2. 短い説明とわかりやすい言葉	ひとつひとつ、相手の理解を確認しながら説明する。
3. ゆっくりしたテンポ	情報処理に時間がかかるので、十分な時間を与える。
4. 非言語的コミュニケーションの活用	その人の表情や身振りを観察し、また、こちらもそれを活用する。
5. アイコンタクトを取る	こちらをよく確認できるように、きちんと対峙する。
6. 視覚的手がかりの併用	言葉だけでなく、文字や絵を示しながら会話を進める。
7. 「また忘れたの？」は禁句	最も傷つける言葉であり、何の意味もない。会話中に相手の話を中断、訂正、否定しない。
8. 選択肢を用いた質問	不特定の回答を求める問いかけには応じにくい。2つか3つの選択肢から選ぶような質問の仕方をする。本人の自己選択、自己決定を尊重する。
9. 昔話を傾聴する	昔話はその人の人生に関する貴重な情報源であり、本人にとっても自分を取り戻す貴重な回想のひとつである。
10. 会話を楽しむ	認知症が進行しても最後まで人間的交流は続く。こちらも、いつも会話を楽しむ気持ちでいる。

(Pietro MJS, Ostuni E: Successful Communication with Persons with Alzheimer's Disease. (小林敏子監訳, 山下真理子翻訳: 痴呆を生きる人とのコミュニケーション・マニュアル) より改変)

他科受診や入院に際しての家族へのアドバイス

- ・ 認知症で通院している専門医に、新たに受診する医師に宛てて、診療情報提供書を用意してもらう。
- ・ 入院中に起こりそうな事態と、その対応方法についても記載しておいてもらう。
- ・ 必要であれば、専門医と病院の担当医との間で連絡を取り合ってもらおう。
- ・ 入院が長引けば、家族だけで専門医を定期的に受診し、本人の状態を報告したり、入院生活中のアドバイスを適宜受ける。

ターミナルケア

若年認知症の終末期は、原因疾患によって多少の早い遅いはあるが、最終的には寝たきり状態になり、摂食障害（特に嚥下障害）を来して経口摂取が困難になる。そして、誤嚥性肺炎の反復、尿路感染、褥創の形成などで徐々に衰弱し、呼吸不全に至って最期を迎えることになる。経過中に転倒して骨折したり、投与された向精神薬の副作用で運動機能が低下すると、寝たきり状態になる時期が早まることもある。このような最期の時期の医療的対応や看護、介護、すなわちターミナルケアにおいては、本人だけでなく、家族や医師も、選択や決定に際して難しい問題に直面する。

摂食障害への対応

運動障害を伴う脳血管性認知症やレビー小体型認知症では、アルツハイマー病や前頭側頭型認知症に比べて嚥下障害が比較的早期から現れやすい。しかし、認知症に伴う摂食障害は嚥下障害だけが原因ではない。意欲の低下、食べることへの興味の消失、食べ物の認知ができない（失認）、食器がうまく使えない（失行）など原因はいろいろとある。それをよく見極めて、対応を工夫していくことが必要である（表5）^{47, 48)}。

表5 摂食障害への対応の仕方

1. 摂食障害の原因の確認
・食事への関心の喪失。 ・食べ物の認知ができない（失認）。 ・食事の動作ができない（失行）。 ・食べることに注意が持続しない。 ・飢えや渴きの感覚の喪失。 ・抑うつ状態や無気力。 ・齲歯、義歯の不整合、口腔内の潰瘍などがある。 ・運動障害に伴う咀嚼・嚥下障害。 ・他の疾患の発症、体調の悪化。
2. 食事をする場所の環境整備
・食堂の広さ、照明、音、匂い、色彩、温度が快適である。 ・テーブルや椅子の大きさ、高さ、配置が適当である。 ・気が散る原因を最小限にする（テレビ、人の出入り）。
3. 食器類の工夫
・使用する器具を限定する。 ・食べ物がわかりやすいシンプルな色調にする。 ・素材への配慮（噛んだり、落したりする場合）。
4. 食事場面や本人の状態への配慮
・食事前には静かにして、気分を落ち着ける。 ・“食べさせてもらう人”という屈辱感を与えない配慮をする。 ・以前のその人の食生活をよく知る。 ・コミュニケーションを交わしてなごやかな雰囲気にする。
5. 食べ物の工夫
・食物形態を適宜、変更する（必要なら増粘剤を加える）。 ・食べ物の種類を豊富にする。 ・手でも食べられる料理を用意する（おにぎり、調理パン）。 ・料理の数や量に融通を効かせる。 ・配膳や盛りつけを工夫する（見栄え）。 ・味付け、香り、舌触り、温度の工夫。 ・本人の好みを大切にする。 ・栄養補助食品の追加。
6. 食事介助の仕方
・その人のペースに合わせる。 ・食べる姿勢を適切にする。 ・本人にきちんと対峙し、正しい位置関係で介助する。
7. 医学的配慮とリハビリテーション
・嚥下障害の有無に早期に気付く（むせ、痰の増加、発熱）。 ・食事の前後で口腔ケアを実施する。 ・食事の前の口腔領域の準備体操など。

摂食障害に対しては、経鼻経管栄養や胃瘻造設が安易に家族に勧められ、行われることが多い。しかし、食事は単に栄養・水分補給だけのものではない。食事の場面は、介助で食べさせてもらう場合でも人間交流の場であり、そこにはさまざまなコミュニケーションが交わされる。また、五感を働かせて食べ物を楽しむ貴重な時間であり、日常生活のリズムも生まれる^{49, 50)}。したがって、できるだけ経口摂取を維持する努力が必要であり、安易に経管栄養を始めるべきではない。例えば、食事環境や食べ物の形態の工夫、嗜好の確認、栄養補助食品の活用、摂食に影響を与える薬剤の中止、食事前後の口腔清拭の実施などを試してみる。食器の工夫で、できるだけ長く自力で食べるように励ますことも必要である。口腔咽頭機能のリハビリテーションや嚥下訓練、食事の与え方の指導は、言語療法士に依頼するとよい⁵¹⁾。

しかし、やがて、こういった努力にもかかわらず、どうしても経口摂取ができない時期が来る。この時の対応の選択が、本人にとっても家族にとっても難しい問題になる。できる限り経口摂取を続けて、それが無理になれば少しでも点滴をしてもらう、経鼻チューブによる栄養の投与、胃瘻造設などいくつかの選択肢がある。その中から、本人と家族が自分たちの人生観や価値観、終末についての考え方、過去の体験など、さまざまな事情を勘案して決めることになる。ただ、本人が自分で意思表示できるならば、できるだけ、その選択を尊重すべきだろう。また、本人が意思表示できない場合であれば、もしそれができるとすれば、どのように希望するだろうか、また、その人の人生観や生き方を反映した“その人らしい”選択はどのようなものだろうかという点からよく考えて家族は判断することが望ましい。

寝たきりになって、やがて口から食べられなくなることは、特別な合併症がない限り、原因疾患如何にかかわらず、認知症としては長い経過の最後に来る自然な状態である。この状態になれば、渇きや空腹の感覚も正常な状態の時とは違ってくる。点滴をふつう通りに行い、水分とカロリーを入れると、自然な経過で身体が最期を迎える準備に入っていたのに、再び新陳代謝が亢進して、逆に身体に負担を強いることもある⁵²⁾。家族も、看護や介護にあたるスタッフもそのことを理解し、本人の状態を受け入れていくことも必要である。

ターミナルケアと家族の支援

ターミナルケアにおいては、最終的な延命治療も含めて、難しい判断や選択を医師から迫られることが多い。家族はなかなか結論が出せず、家族内の意見もまとまらず、結局、医師に判断をゆだねてしまうことになる。もし、そのような時に本人の意向や希望が少しでも伺えるような何らかの意思表示が本人から残されていれば、家族はそれほどまでに思い悩むことはなく、本人にとって一番良いと思われる選択を行いやすいのかもしれない。また、その後も、後悔や罪悪感に必要以上にさいなまれることもないかもしれない。

家族も、終末期を迎えるにあたり、気持ちの準備が必要である。そのために、本人

に診断が付いた時点で、専門医から認知症のたどる経過や予後について概略を説明しておいてもらうのがよい。これはひとつには、先々のことを配慮して、見通しを持った介護ができるようにするためであるが、さらに、上述のような、やがて訪れる終末期の状況に家族として心の準備をしておくためである。気持ちに余裕のある間に、本人の終末期の治療や介護の受け方、最期の迎え方などについて、前もって家族内で（できれば本人も含めて）話し合い、互いの意向を確認しておくことが望ましい。ただ、本人が事前に自分の意思表示をしている場合でも、実際に終末期に至った時の状態やそれを見守る家族の気持ちによって、必ずしもそのとおりに実現できるとは限らない。終末期の対応については、病状が進行していく中で、家族と医師、看護や介護のスタッフと、そして、できるだけ本人も交えて、何度も話し合いを重ねて、共通の認識のもとに一番好ましいと思われる方法を見いだしていくことが求められる。

終末期を迎えてターミナルケアを受けることになるのは、多くの場合が一般病院であり、治療に当たるのも認知症の専門医でないことがほとんどである⁵³⁾。そのような場合でも、本人が認知症であることに十分に配慮された適切な治療を受けられるように、家族は認知症の経過について正しく理解し、専門外の医師にも自分たちの意向をはっきりと伝えていくことが望まれる。それが最終的に本人の意思の代理人となる家族の務めではないだろうか。また、医師や看護師は家族の悲哀を理解し、共感しながら、最期を迎える人の状態を受け入れられるように支援していく必要がある。終末期は、それだけが切り離されてあるのではなく、その人のかげがえのない人生の延長線上にある特別な時期である。そのことをよく心に留めておきたい。

第7章 本人と家族の心理的側面の理解と配慮

本人と家族の心理状態および心理的防衛機序

若年認知症の人は、生活のあらゆる側面で困難に直面していくことになる。まだ就労しているのであれば、職場での仕事上のミスや人間関係のトラブルで悩むこともあるだろう。家事や育児、介護に従事している主婦の場合でも、日々のちょっとしたことで失敗して叱られたり、何かと人の手助けが必要になる。そのような毎日の生活で遭遇する問題のために、本人は大きな精神的ストレスにさらされる。「自分はどこかおかしい、変だ」、「いつもの自分と違う」という漠然とした違和感や不安、「これまでのように、うまくできない」という不全感、「しっかりしなければ」という気負い感、「自分はおかしいけれど、それを人にわからないようにしなければ」という緊張感、「周囲の人たちから変な目で見られている」という猜疑心や疎外感を抱くこともあるだろう。「この心配をだれに相談したらいいのだろう、家族にも言えないし」と一人で悶々と思い悩みながら途方に暮れるかもしれない。認知症の始まりの徴候は、このように本人が最初に気付くと考えられる。しかしながら、その一方で、人間であればだれでもが持っている自尊心やプライド、自分であること（自己同一性）を保ち続けたいという気持ちのため、なかなか自分の“良くないこと”を受け入れるのが難しい。認知障害という症状も同じである。「自分の物忘れは年のせいだろう」「ちょっと仕事で疲れているだけだ」と否定・否認したり、「たいしたことはない、大丈夫だ」と矮小化したり、「気晴らしをして忘れよう」と逃避したり、「ほかのことがちゃんとできているのだから、まだ大丈夫」と別のことで自信を取り戻して代償したりする。こういった心の動きは、心理的防衛機序といわれるが、これは人間であればだれにでもあるふつうの心理である^{54, 55)}。

そのような状態にある人は、周囲の人たちから見ると、どのように見えるのだろうか。ふさぎ込んでいて、いつもの元気がない。どことなく気がそぞろである。ちょっとした失敗を指摘されるとひどく腹を立てて周囲を驚かせる。好きな趣味の会などの社交の場に出ていこうとしなくなった等々。周囲の人たちは、このような本人の様子に戸惑い、どのように対応してよいのかわからなくなるだろう。

やがて専門医の診断を受けて、若年認知症と診断されたら、どうだろうか。たとえ、自分が認知症かもしれないと気付いてはいても、医師からはっきり病名を告げられると、やはり、大変なショックである。「やっぱり、そうか・・・」と思いながらも、奈

落の底に突き落とされるような絶望感で目の前が真っ暗になり、あらゆる希望が消え失せてしまうかもしれない。また、「なぜ、自分がそんな目に遭わなければならないのか」と無性に腹が立ってきたり、「どうして自分がそんなことになったのか」と悶々と自問自答し続けることもあるだろう。周囲の家族は、自分たちも気が動転しているので、本人の気持ちを理解して上手に受け止めることができないことが多い。認知障害がある程度、進行してからでも、本人は「周囲の人たちと自分はどこか違う」という違和感や疎外感を持ち続ける。このような形の病識は、その後も長く保たれると考えられる。本人や家族を支援する際には、こういった心理的側面を理解し、配慮していくことがぜひ必要である。

本人の主体性を尊重した医療・介護支援

最近まで現役として、いくつもの社会的役割を担って生活していたのに、理不尽にもこの役割を放棄せざるを得なくなってしまうたらどうだろう。社会という人間交流の場から孤立してしまったらどうだろう。「もう、自分には何も役割がない」、「人の役に立たない人間になった」、「そんな自分は、いったい何者なのだろう」と感じるはずである。それは、本人にとってかけがえのないアイデンティティの喪失である。

たとえ認知症になったとしても、「みんなの仲間でいたい」という帰属願望、「人の役に立ちたい」、「役割を持ちたい」という役割意識、「自分で何かをしたい」、「自分で決めたい」という主体性や自己主張、自己実現の要求は保たれている。なぜなら、人間としての基本的な欲求だからである。「いつも援助を受けなければならない自分」から「人の役に立てる自分」に変わると、どんなにうれしく、晴れがましい気持ちになれるだろう。毎日が生き生きと輝いてくるかもしれない。若年認知症の人たちの支援に際しては、こういった気持ちや欲求を尊重し、それを実現できるような、その人のライフサイクルにあった活動や社会参加の機会を設けていくことが望まれる（表6）^{47, 56}）。

表 6 本人の主体性を尊重した介護支援

1. 本人が主体である支援
・本人が主役であり、その希望や意向を第一に尊重する。 ・本人自らが主体的に参加し、選択し、決定できる。 ・「人の役に立ちたい」「役割を持ちたい」という役割意識や「みんなと一緒にいたい」という帰属願望を理解し、尊重する。 ・達成感や役割意識を体験できる内容にする。
2. ニーズに合わせた適切な支援
・ひとりひとりのニーズの多様性を理解し、正しく把握し、対応する。 ・ニーズは時々刻々と変わるので、それにも適宜、対応する。 ・個別のニーズに応えられる柔軟で小回りの効く多様なサービスの計画を考える。
3. 社会参加の場を作る
・人間交流の場を作る。 ・社会参加の場を設けて、社会との接点を作る。 ・本人たちが悩みを話せる仲間づくりの場を提供する。
4. 年齢に相応しいサービス内容
・年齢や体力、興味や趣向などを考慮する。 ・エネルギーを発散できる。
5. 家族支援
・家族の支援も並行して行う。 ・家族同士の交流の場を設ける。 ・介護支援サービスに関する情報を逐次、提供していく。 ・経済的支援に関する説明をする（自立支援制度、介護保険など）。
6. 医療との連携
・医療（主治医）と連携し、症状の変化に対応する。
7. 周囲への啓蒙
・行政窓口、病院などの職員の認識を高める。 ・サポーターの養成。 ・地域での講演などの啓蒙活動。

さいごに

私たちはみんな、自分だけの人生史というタペストリーを織りながら日々を生きている。そこには、目くるめく走馬燈のような光と陰で幾重にも映し出される深遠な模様が美しい彩りで描き出されていく。認知症のために、その模様の織り方を間違えて、糸をほどいてはまた織りなおすことがあるかもしれない。模様が少し歪んだり、抜けたり、だんだん単調なものになっていくかもしれない。それでも、その人の独創的な色づかいやセンスには、不思議なことに、いつまでも驚かされ、心がときめくものである。もう、自分の力では模様を織っていくことができなくなっても、みんなに手助けされて、最後の最後までタペストリーを織り続けて欲しい。そうして織りあがったタペストリーは、終わりのほうの織り目が少し乱れているかもしれないけれど、この世でただ一枚しかない、崇高で美しい魂の芸術である。

第 8 章 「仕事」への支援

【はじめに 「仕事」の意味】

若年認知症の方が発症時点で抱える大きな問題の一つは、「仕事」との関係である。当事者が従来から営んできた社会生活の中で仕事人としての役割は大きい。発症によって仕事に支障がおきることで、家族を含めた家庭の社会経済的問題を即生じさせる。かつ家族が介護サポートに回る必要があれば、結果として二重に経済的問題が生じる。また家族内での役割交代を要求されることも多い。また社会人のみならず主婦という家庭内の役割であっても、「仕事」という社会参加が損なわれることは、当事者の健康・生き甲斐に少なからず影響を与える。こうした広義の「仕事」の意味をここでは考えていくことにする。この関係を国際障害分類（ICF）で説明すると以下の通りである。

病気による心身機能の変調は活動に影響を与え、社会的参加に支障を与えることがある。それに対して個人因子と環境因子が働くことによって、心身機能の障害に対しても活動が制限されずに済み、また活動状況に変化があっても社会参加は保たれるのである。

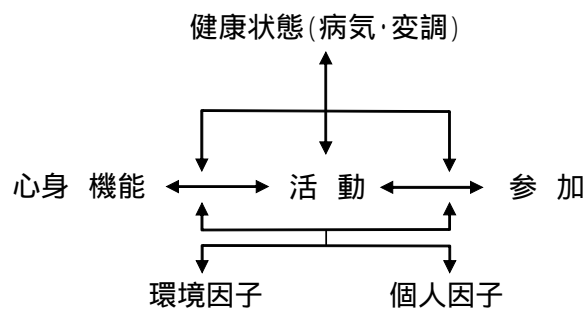


図 3 国際障害分類（ICF）と構造

つまり若年認知症と診断されて、心身機能が低下しても、環境因子である社会的サービスや制度また周辺の公私のサポートがあれば、社会的活動や参加の道は開かれるのである。また社会参加などの生き甲斐を得ることができれば、個人因子として当事者や家族の気力や工夫などが出現する。またそうした方向で個人因子の動機付けができれば、さらに充実した個々のニーズに合った活動や参加の形が望めることになり、結果として心身ともにそして社会的にも健康状態が保てることとなる。

【「仕事」に関わる問題】

「仕事」にはそのような意味があるために、その支援は当事者・家族にとって大いに重要なものとなっている。しかし若年認知症の方にとっての就労問題は、従来の調査・研究から以下のようなことが言われている。

・環境因子である社会資源の不適切・不十分さ

- * 若年の障害であるが故に、介護保険をもとにした高齢者のサービスでは当事者・家族のニーズがフィットしにくい。
- * 障害特性が独特であるために、身体障害・知的障害・精神障害3障害施設における従来の対応ではフィットしにくい。特別な配慮が必要な事例が多い。
- * 若年認知症者に対応した特定サービスは、対象数との問題で財源上成立しにくい。広域からの通所には送迎など足の確保ができにくいなど。

・就労継続に対するサポートの欠如による個人因子の不安や就労意欲の減退

- * 従来の仕事・職種の継続が困難、また部署替え、転職への専門的サポートがない。その結果雇用元の不安を増進させる。また当事者・家族と雇用元との間に介入。緩衝システムがないことによって葛藤状態に成らざるを得ないことになる。
- * 福祉系ではなく労働系の社会資源の利用実績がほとんどない。
従来の障害では、障害者雇用促進法などの法律に基づき、障害者職業訓練コーディネーターやジョブコーチなど、職場と当事者を繋ぎ訓練をする役割を持つ社会資源や制度を使用してきた。しかし若年認知症ではそれらを利用した実績がほとんどない。また身障者更生施設や職業リハビリテーションセンターでは、障害の固定や改善を前提に訓練が行われる傾向が強く、障害が改善しない疾患に対する訓練のプログラムをそろえていない。一方同様の認知の障害を主訴とする高次脳機能障害には、障害の改善に向けて訓練の機会やメニューが揃いつつある。
障害の改善が難しい若年認知症者にはどのような訓練ニーズがあるのかについて、社会にアピールしていくことも重要である。

・退職後の個々の社会参加のあり方の多様さと困難

- * 社会活動を行う根拠法が多様である。
若年認知症の方のサービス利用の根拠法は、介護保険、旧制度としての各障害者福祉法、新制度としての障害者自立支援法、精神保健手帳による通所リハビリテーション制度などである。サービス利用の条件を満たすことにかけては、若年認知症者は複数当てはまる場合が多い。たとえば介護保険法で要介護である人は高齢者のデイサービスに通うこともでき、精神保健福祉手帳をとり、通所リハビリテーションを行うことも可能である。また障害者自立支援法による施設利用もできる。また経過措置中の施設でも、旧障害者各法で定められている3障害のうち、相手先の施設が受け入れる意思を示せば、旧精神障害者施設ばかりでなく、旧知的障害者施設

や旧身体障害者対象施設でも、利用が可能となる。その制度の適用施設は通所授産施設や福祉工場、小規模通所作業所などである。しかしそうした施設の社会資源の分布状況と受け入れ能力はさまざまであり、地域によって、また施設によって訓練目的やプログラムが異なる。さらに当事者の事情や障害内容も異なることから、地域ごとに事例ごとにそのニーズとサービスをうまく調整することが求められる。

* 退職後の社会参加の方法に関する情報提供の機会が少ない。

相談先がどこにあるのか、診断された時点から退職後のニーズにまで配慮して相談してくれる、またフォローしてくれるサービスや社会資源の存在を知らせる役割を持つ機関や職種の地域ネットワークができていない。

・ 制度の変わり目および障害の性質からくるサービスの適応作業の複雑性

* 障害者自立支援法の成立（2006年）による障害者福祉の変化が大きい。

障害者福祉は変化のただ中にあり、身体・知的・精神の3障害のサービス供給上の統合が大きな課題となっている。自立支援法では従来障害ごとにあった、授産や作業施設の対象者の壁を崩した。一つの施設の中で身体と知的、また知的と精神、また身体と知的と精神といった対象者が一緒にサービスを利用し、作業をすることが可能になったのである。また施設運営もNPO法人に委託するなど、運営方法も多様さを増した。さらに訓練内容と目的に対する機能別対価の設定により、業績が評価されるようになった。現在旧法上の運営から自立支援新事業移行に向けて、各施設は自らの機能・役割を模索している。さらに厚生省と労働省が一緒になって以来、厚生部門と労働部門のサービスも統合の道を探っている。こうした中で広義の「仕事」について考えていかねばならない。

たとえばある施設では、24ヶ月の期限付きで就労に結びつける訓練を行う就労移行支援事業を○人枠でとり、また期限を設けずに作業を行う就労継続支援事業（B型＝最低賃金を設けないもの）を○人という形で、多機能施設として指定を受けようとしている。この判断は、地域住民のニーズアセスメントと従来の施設の機能や得意とする役割によって施設が行っていく。こうした施設の運営方針の変わり目の時期に新しい障害として、若年認知症を支援対象とすることができないであろうか。施設が若年認知症に対する支援プログラムを入れることができれば、新しい社会資源として利用することができる。

* 障害の特性による既成サービスとニーズとの不一致がある。

若年認知症は発病当初は周囲に気づかれない程度のものであることが多い。身体的にも十分なセルフケアが行われている。しかし実際の生活では通勤や通所のための道順が分からなかったり、仕事の手順を忘れてしまったりしている。しかし従来のADLを問題とする障害程度からすれば軽度で、使えるサービスがほとんどない。ホームヘルプニーズにしても家事援助ではなく、ガイドヘルパーなどの視覚障害者用のヘルプ内容がそれに近いかもしれない。そこで新たなニーズに合わせたサービ

スを作り出すことが必要である。

【「仕事」による社会参加の方法】

若年認知症の方の「仕事」による社会参加に対する支援について、制度・サービスの利用として、サービスごとに述べていく。

労働系サービス：＊職業安定所によるジョブコーチ派遣

＊職業能力開発校の委託訓練による障害者職業訓練コーディネーターの活動

福祉系サービス：＊障害者更生施設（リハビリテーションセンター）による訓練

＊福祉工場

＊精神障害者（旧法における）通所授産施設

＊知的障害者（旧法における）通所授産施設

＊身体障害者（旧法における）通所授産施設

医療系サービス：＊精神障害者通院リハビリテーション（精神障害者福祉手帳）

．障害者施設を利用するにあたって

ここでは、まず、若年認知症の方が利用する可能性がある障害者施設を取り上げる。

障害者施設の中では、就労支援を主にした障害者授産施設（精神障害者授産施設、知的障害者授産施設、身体障害者授産施設）への通所利用が考えられる。

障害者授産施設の就労支援の形態は様々であるが、大きく分けると、就労支援としては援護就労（厳密に雇用契約を結ばない社会参加を重視した就労）と雇用就労（雇用契約を結び、雇用保険等にも加入する。通常の雇用形態）の２種類がある。若年認知症の方が障害者授産施設を利用する場合、雇用契約を結ぶ雇用就労の利用も考えられるが、幾つかの事例について踏まえると、主に前者の援護就労を利用することが考えられる。

そのため、本項では、まず障害者授産施設を利用するにあたって、共通した留意点について述べる。その上で、各障害者授産施設の概要および利用にあたってのそれぞれの留意点や利用までの経緯について述べる。加えて、雇用就労に近い形で利用が可能な「福祉工場」についても取り上げる。

次に、外部企業に就職を希望する場合は、「ジョブコーチ」といった就労支援の専門職の関わりも考えられる。そこで、障害者に対するジョブコーチの概要とジョブコーチが設置されている機関についてとりあげる。

前項でも述べたが、2007年度現在、障害者施設は障害者自立支援法への移行期間に入っている。そのため、障害者自立支援法下のサービス体系に移行してきているが、以下では、基本的に障害者自立支援法以前の法体系で施設等の内容を記載する。障害者自立支援法への移行後のサービス体系に準じた利用規定等は定められるが、施設の

特徴については、施行前の施設の種別(活動実績)に準じると考えられるためである。

1．障害者施設を利用するにあたって(共通事項)

1) 利用までの経緯

入所までの経緯については、いくつかの流れが考えられる。一つ目が、関係機関からの紹介である。これは、通院している主治医の病院において、ソーシャルワーカーなどがある場合、そのワーカーからの紹介を含めた病院からの紹介が主になる。二つ目が、障害者授産施設に対して、本人や家族が直接利用を依頼する場合である。

各施設での受け入れの可否については、全体的に受け入れの経験がないことなどの理由から受け入れが難しい場合が多くある。そのため、授産施設を利用する際には、施設に直接利用を求めるだけでなく、かかりつけの医師およびソーシャルワーカーなどの支援が不可欠になる。

2) 利用にあたって

ここでは、各障害者授産施設の利用にあたって、共通して留意する必要がある内容をあげる。

利用にあたっては、交通の手段の確保が一つの力ギになる。若年認知症者の場合、運転が主治医等から止められる場合が多いため、送迎（施設の送迎や家族の送迎など）や近隣の通える範囲でないと利用は難しい。

授産施設の作業内容については、難易度として幅広い作業が用意されている場合も多く、利用者の能力にあった作業を選択できる。ただ、利用者本人の作業能力は、認知症の進行度合いによって異なるため、施設内でのアセスメントは大切になる。授産施設利用の場合、家族と支援の情報を共有するために、連絡は状況に応じてこまめにとるといった配慮が必要になる。

特に の交通手段の確保は、通所型施設の利用の際には重要になる。施設の送迎サービスは、有料及び各自治体の補助金を基に無料という場合もあり、その規定は様々であるので、交通手段については施設利用にあたって確認が必要になる。

2．精神障害者授産施設

1) 施設の概要と特徴

精神障害者授産施設は、18歳以上の精神障害者であって相当程度の作業能力を有するが雇用されることが困難な者に必要な訓練を行うとともに、職業を与えて自活することを目的とする施設である。授産施設には、入所と通所の形態があるが、全国的にみて、通所型が多い傾向にある。定員は、20名以上と法的に定められているが、利用者は30名前後を定員として規定されている場合が多い。

作業内容については、外部の企業や機関から受託している仕事为主になる(その他、

施設独自の商品を作り販売している場合もある)。

就職に向けた支援については、支援員が履歴書の書き方やハローワークへの同行を行っている場合もあり、個別的な支援が行われる。

2) 利用にあたって

精神障害者授産施設の場合、若年期認知症患者の受け入れは、現状では少ない。そのため、施設の受け入れ経験の有無が受け入れ条件の一つとなる。又、受け入れの有無に関わらず、かかりつけの病院など関連機関との連絡調整が必須になる。そういった条件がクリアされない場合、精神障害者授産施設での受入が難しくなる場合がある。

現在では、精神障害者保健福祉手帳の申請が勧められる。手帳交付を受けた場合、施設利用料の減免だけでなく、医療費等の減免も受けることができる。

3) 地域活動支援センターの活用

「地域活動支援センター」は、障害者の相談窓口や交流の場として活動を行っている施設である。授産施設に併設されている場合もあり、相互利用も期待できる。

利用にあたっては、市町村窓口での申請が必要になる。主に相談支援等を行っており、施設サービス利用や地域生活に関する相談も応じる。

施設によっては、自由に過ごせるフリースペースや様々なイベント(料理教室など)を行っている(フリースペースの有無などは施設ごとに異なる)。利用料は、各施設によって異なるが、フリースペースなどは無料で利用でき、その他イベントについては利用料がかかることがある。

3. 知的障害者授産施設

1) 施設の概要と特徴

知的障害者授産施設は、18歳以上の知的障害者で雇用されることが困難なものを入所させて、自活に必要な訓練を行うとともに、職業を与えて自活することを目的とする施設である。授産施設には、入所と通所の形態があるが、全国的にみて、通所型が多い傾向にある。定員は、20名以上と法的に定められているが、利用者は30名前後を定員として規定されている場合が多い。通所型の授産施設の場合、2000年より、既存の通所型授産施設の要件緩和型として、「小規模授産施設」が創設されている。

具体的なさまざまな職業訓練・作業訓練を通して、一般企業への就職による自立を目指す職業リハビリテーションの機能を果たす通過施設であるとともに、一定賃金を保障する保護雇用のある場でもある。多様な障害に即した就労の場を提供し、その仕事に対する能力を高めると同時に、余暇活動を通して社会自立に向けての社会適応能力の向上を図ることを主要な目的としている。また、訓練や作業だけでなく、日常生活の支援・相談も合わせて行っている施設が多い。

2) 利用にあたって

現在のところ「18歳以上の知的障害者」を利用対象として位置付けている。

知的障害者授産施設の場合、養護学校卒業後に施設を利用する方も多い。本格的な就労支援の場というよりも生活支援の場という傾向が強い。ただ、障害者自立支援法へ移行した後では、就労支援に重点を置くサービス体系に移行する施設も幾つか見られる。また、通所型の授産施設の場合、利用者の年齢層が比較的若く、利用者同士の関係性についても留意する必要がある。

利用する施設としては、上述した「小規模授産施設」なども考えられる。この場合、施設ごとに利用規定も異なり、様々な障害を持つ利用者を受け入れている場合も多いため、若年認知症の方にあった個別的な支援が行いやすいという利点がある。しかし、障害者自立支援法の影響もあるため、今後の利用にあたっては、施設運営面だけでなく、利用規定の段階で、受け入れが難しくなる可能性も出てきている。

4. 身体障害者授産施設

1) 施設の概要と特徴

身体障害者授産施設とは、身体障害者で雇用されることの困難な方、又は生活に困窮している方を対象とし、必要な訓練を行い、自活することを目的とする施設である。授産施設には、入所と通所があるが、全国的に見て通所型の施設が多い傾向にある。定員は、20名以上であり、30名前後が平均的である。

また、通所型の授産施設の場合、2000年より、既存の通所型授産施設の要件緩和型として、「身体障害者小規模授産施設」が創設されている。

施設利用者の特徴としては、身体障害者が利用しているだけでなく、障害が重複している方の利用も多い。また、養護学校を卒業し、通所型の授産施設を利用する場合も多く、利用者も年齢的に若い方が多い傾向にある。

また、身体障害者授産施設の場合、就職を目指し積極的に技能を身につける利用者が多く、作業も機械部品の加工などの企業下請け加工作業といった複雑なものを行っている場合もある。

2) 利用にあたって

利用にあたっては、「身体障害の有無」が第一の利用条件になる。今後、障害者自立支援法に施設が以降した場合は、特に施設の受け入れ対象の規定が利用基準になるため、施設ごと受け入れ対象が異なってくる可能性がある。

利用者は、年齢層が比較的若く、就職を目標とする利用者が多いため、プログラムについても作業中心の場合が多い。そのため、利用者の利用目的の相違があることを踏まえつつ、作業内容やどの作業班に加わるかなどについては、職歴や認知症の症状等を考慮する必要がある。

5 . 福祉工場

1) 施設の概要と特徴

障害者福祉工場は、働く意欲が旺盛で且つ必要な作業能力を有しながら、障害の状況、控除の設備・構造・交通事情等のために、一般企業で働くのが難しい障害者が、一社会人として、社会的にも経済的にも自立できるように設立された工場である。社会福祉法人が経営し、一定の最低賃金を保障することとなる。

勤務時間等が実働 8 時間で示されており、自立支援法では就労継続支援事業（A 型＝最低賃金を設けるもの）として引き継がれている。他の福祉施設とは異なり、一般企業と同様の、フル時間フル出勤も決まっている。また業務内容も施設によっては、その協力企業から斡旋された細かい部品の組み立てばかりでなく、印刷業やパソコンを習って在宅勤務という形も選択できる場合がある。

2) 利用にあたって

とくに精神保健福祉手帳の制度では、通院リハビリテーション制度を使って委託訓練がなされることもある。その場合 3 ヶ月間施設での指導研修を受け就業可能かどうか見るのである。また半月に 1 回は病院から P S W（精神保健福祉士）が職場訪問することもできる。時に必要に応じて職業安定所よりジョブコーチを呼んで、職場内の職務調整をしてもらうこともできる。

・ ジョブコーチ(高次能機能障害の方の就労後のサポート)

就労を考えるにあたっては、医療面・生活面・職能面のサポートが連携しないといけない。それらのサポートが得られることを前提にして初めて就労が現実味を帯びてくる。

ジョブコーチ（job coach）とは、障害者の就労に当たり、出来ることと出来ないことを事業所に伝達するなど、障害者が円滑に就労できるように、職場内外の支援環境を整える者を指す。主なジョブコーチの支援の概要としては、以下の 3 点があげられる。

【ジョブコーチ支援の概要】

- ・ 障害者が職場に適応できるよう、障害者職業カウンセラーが策定した支援計画に基づきジョブコーチが職場に出向いて直接支援を行います。
- ・ 障害者が新たに就職するに際しての支援だけでなく、雇用後の職場適応支援も行います。
- ・ 障害者自身に対する支援に加え、事業主や職場の従業員に対しても、障害者の職場適応に必要な助言を行い、必要に応じて職務の再設計や職場環境の改善を提案します。支援期間は、標準的には 2～4 ヶ月ですが、1～7 ヶ月の範囲で個別に必要な期間を設定します。支援は永続的に実施するものではなく、ジョブコーチによる支援

を通じて適切な支援方法を職場の上司や同僚に伝えることにより、事業所による支援体制の整備を促進し、障害者の職場定着を図ることを目的としています。

(独立行政法人 高齢・障害者雇用支援機構 (<http://www.jeed.or.jp>) より引用)¹⁾

障害者の雇用の促進等に関する法律による「職場適応援助者助成金制度」を利用しジョブコーチとして活動をする際には、独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構の行う第1号職場適応援助者養成研修(地域障害者職業センターに配置され、就労支援を行うもの)もしくは第2号職場適応援助者養成研修(福祉法人等に委託事業という形で配置され、就労支援を行う者)やJC-NET(ジョブコーチネットワーク)の行うジョブコーチ養成研修(職場適応援助者養成研修)を修了する事が必須となる。対象となる障害者は、「ジョブコーチによる職場での支援が必要な障害者(求職者又は在職者)を対象」としている。

各都道府県の地域障害者職業センターを中心にジョブコーチは設置されている。現状は、高次脳機能障害者を対象としたジョブコーチの支援は全国的に見て若干例行われているものの、若年認知症の方の就労支援については、ノウハウも少ない状況にある(高次脳機能障害とは、「脳損傷の結果もたらされた中枢神経の高次機能の低下・喪失のため、社会・日常生活を送る上で必要な精神活動に障害を受けた状態」²⁾である。高次脳機能障害の主な要素としては、「認知障害」や「行動障害」が当てはまる)。

ジョブコーチは、各種社会福祉法人・医療法人などに委託されている場合や、各都道府県に設置されている「地域障害者職業センター」で就労支援を行っている場合がある。「地域障害者職業センター」とは、職業リハビリテーション業務の具体的な実施機関として位置づけられており、「障害者に対して職業リハビリテーションを実施し、障害者の職業生活における自立と社会参加を支援することを目的」³⁾としている機関である。

以下に、各都道府県の地域障害者職業センターを掲載しているが、現在のところ若年認知症の方の支援については、あまり例がみられないため、利用者本人や家族の場合、まずかかりつけの病院(主治医及びソーシャルワーカー)や利用している施設のソーシャルワーカーなどに相談をすることが必要になる。

おわりに

若年認知症の場合、症状が進行していく中で、就労のための訓練や作業がいつまで行えるのか、という点が課題として挙げられる。そのため、若年認知症の方の場合は、就労後、リタイアするまでの間をどうやって支援するのかが他の障害者よりも重要性が増してくる。

そのため、上記であげた社会資源だけでなく、かかりつけ医やソーシャルワーカー、そして家族を含めた若年認知症の方の三者の継続的な連携が必須になる。

今後、就労支援をすすめていくためには、社会資源の拡充を進めていくとともに、支援を行っていただけるネットワークの構築も必要になってくる。

● 地域障害者職業センター

地域センター所在地一覧		
センター名	所在地	問い合わせ先
北海道障害者職業センター	〒001-0024 札幌市北区北二十四条西 5-1-1 札幌サンプラザ 5F	TEL：011-747-8231 FAX：011-747-8134 E-mail：hokkaido-ctr@jeed.or.jp
旭川支所	〒070-0034 旭川市四条通 8 丁目右 1 号ツジビル 5F	TEL：0166-26-8231 FAX：0166-26-8232 E-mail：asahikawa-ctr@jeed.or.jp
青森障害者職業センター	〒030-0845 青森市緑 2-17-2	TEL：017-774-7123 FAX：017-776-2610 E-mail：aomori-ctr@jeed.or.jp
岩手障害者職業センター	〒020-0133 盛岡市青山 4-12-30	TEL：019-646-4117 FAX：019-646-6860 E-mail：iwate-ctr@jeed.or.jp
宮城障害者職業センター	〒983-0836 仙台市宮城野区幸町 4-6-1	TEL：022-257-5601 FAX：022-257-5675 E-mail：miyagi-ctr@jeed.or.jp
秋田障害者職業センター	〒010-0944 秋田市川尻若葉町 4-48	TEL：018-864-3608 FAX：018-864-3609 E-mail：akita-ctr@jeed.or.jp
山形障害者職業センター	〒990-0021 山形市小白川町 2-3-68	TEL：023-624-2102 FAX：023-624-2179 E-mail：yamagata-ctr@jeed.or.jp
福島障害者職業センター	〒960-8135 福島市腰浜町 23-28	TEL：024-522-2230 FAX：024-522-2261 E-mail：fukushima-ctr@jeed.or.jp
茨城障害者職業センター	〒309-1703 茨城県笠間市鯉淵 6528-66	TEL：0296-77-7373 FAX：0296-77-4752 E-mail：ibaraki-ctr@jeed.or.jp
栃木障害者職業センター	〒320-0865 宇都宮市睦町 3-8	TEL：028-637-3216 FAX：028-637-3190 E-mail：tochigi-ctr@jeed.or.jp
群馬障害者職業センター	〒379-2154 前橋市天川大島町 130-1	TEL：027-290-2540 FAX：027-290-2541 E-mail：gunma-ctr@jeed.or.jp
埼玉障害者職業センター	〒338-0825 さいたま市桜区下大久保 136-1	TEL：048-854-3222 FAX：048-854-3260 E-mail：saitama-ctr@jeed.or.jp

千葉障害者職業センター	〒261-0001 千葉市美浜区幸町 1-1-3	TEL：043-204-2080 FAX：043-204-2083 E-mail：chiba-ctr@jeed.or.jp
東京障害者職業センター	〒110-0015 台東区東上野 4-27-3 上野トセ化ビル 3F	TEL：03-6673-3938 FAX：03-6673-3948 E-mail：tokyo-ctr@jeed.or.jp
多摩支所	〒190-0012 立川市曙町 2-38-5 立川ビジネスセンタービル 5F	TEL：042-529-3341 FAX：042-529-3356 E-mail：tama-ctr@jeed.or.jp
神奈川障害者職業センター	〒228-0815 相模原市桜台 13-1	TEL：042-745-3131 FAX：042-742-5789 E-mail：kanagawa-ctr@jeed.or.jp
新潟障害者職業センター	〒950-0067 新潟市東区大山 2-13-1	TEL：025-271-0333 FAX：025-271-9522 E-mail：niigata-ctr@jeed.or.jp
富山障害者職業センター	〒931-8443 富山市下飯野新田 70-4	TEL：076-438-5285 FAX：076-438-5234 E-mail：toyama-ctr@jeed.or.jp
石川障害者職業センター	〒921-8836 石川県石川郡野々市町末松 2-244	TEL：076-246-2210 FAX：076-246-1425 E-mail：ishikawa-ctr@jeed.or.jp
福井障害者職業センター	〒910-0026 福井市光陽 2-3-32	TEL：0776-25-3685 FAX：0776-25-3694 E-mail：fukui-ctr@jeed.or.jp
山梨障害者職業センター	〒400-0864 甲府市湯田 2-17-14	TEL：055-232-7069 FAX：055-232-7077 E-mail：yamanashi-ctr@jeed.or.jp
長野障害者職業センター	〒380-0935 長野市中御所 3-2-4	TEL：026-227-9774 FAX：026-224-7089 E-mail：nagano-ctr@jeed.or.jp
岐阜障害者職業センター	〒502-0933 岐阜市日光町 6-30	TEL：058-231-1222 FAX：058-231-1049 E-mail：gifu-ctr@jeed.or.jp
静岡障害者職業センター	〒420-0851 静岡市葵区黒金町 59-6 大同生命静岡ビル 7F	TEL：054-652-3322 FAX：054-652-3325 E-mail：shizuoka-ctr@jeed.or.jp
愛知障害者職業センター	〒453-0015 名古屋市中村区椿町 1-16 井門名古屋ビル 2F	TEL：052-452-3541 FAX：052-452-6218 E-mail：aichi-ctr@jeed.or.jp
豊橋支所	〒440-0888 豊橋市駅前大通り 1-27 三菱 UFJ 証券豊橋ビル 6F	TEL：0532-56-3861 FAX：0532-56-3860 E-mail：toyohashi-ctr@jeed.or.jp
三重障害者職業センター	〒514-0002 津市島崎町 327-1	TEL：059-224-4726 FAX：059-224-4707 E-mail：mie-ctr@jeed.or.jp

滋賀障害者職業センター	〒525-0027 草津市野村 2-20-5	TEL：077-564-1641 FAX：077-564-1663 E-mail：shiga-ctr@jeed.or.jp
京都障害者職業センター	〒600-8235 京都市下京区西洞院通塩小路下る 東油小路町 803	TEL：075-341-2666 FAX：075-341-2678 E-mail：kyoto-ctr@jeed.or.jp
大阪障害者職業センター	〒541-0056 大阪府中央区久太郎町 2-4-11 クラボウアネックスビル 4F	TEL：06-6261-7005 FAX：06-6261-7066 E-mail：osaka-ctr@jeed.or.jp
南大阪支所	〒591-8025 堺市北区長曽根町 130-23 堺商工会議所 5F	TEL：072-258-7137 FAX：072-258-7139 E-mail：minamiosaka-ctr@jeed.or.jp
兵庫障害者職業センター	〒657-0833 神戸市灘区大内通 5-2-2	TEL：078-881-6776 FAX：078-881-6596 E-mail：hyogo-ctr@jeed.or.jp
奈良障害者職業センター	〒630-8014 奈良市四条大路 4-2-4	TEL：0742-34-5335 FAX：0742-34-1899 E-mail：nara-ctr@jeed.or.jp
和歌山障害者職業センター	〒640-8323 和歌山市太田 130-3	TEL：073-472-3233 FAX：073-474-3069 E-mail：wakayama-ctr@jeed.or.jp
鳥取障害者職業センター	〒680-0842 鳥取市吉方 189	TEL：0857-22-0260 FAX：0857-26-1987 E-mail：tottori-ctr@jeed.or.jp
島根障害者職業センター	〒690-0877 松江市春日町 532	TEL：0852-21-0900 FAX：0852-21-1909 E-mail：shimane-ctr@jeed.or.jp
岡山障害者職業センター	〒700-0952 岡山市平田 407	TEL：086-243-6955 FAX：086-241-3599 E-mail：okayama-ctr@jeed.or.jp
広島障害者職業センター	〒732-0052 広島市東区光町 2-15-55	TEL：082-263-7080 FAX：082-263-7319 E-mail：hiroshima-ctr@jeed.or.jp
山口障害者職業センター	〒747-0803 防府市岡村町 3-1	TEL：0835-21-0520 FAX：0835-21-0569 E-mail：yamaguchi-ctr@jeed.or.jp
徳島障害者職業センター	〒770-0823 徳島市出来島本町 1-5	TEL：088-611-8111 FAX：088-611-8220 E-mail：tokushima-ctr@jeed.or.jp
香川障害者職業センター	〒760-0055 高松市観光通 2-5-20	TEL：087-861-6868 FAX：087-861-6880 E-mail：kagawa-ctr@jeed.or.jp
愛媛障害者職業センター	〒790-0808 松山市若草町 7-2	TEL：089-921-1213 FAX：089-921-1214 E-mail：ehime-ctr@jeed.or.jp

高知障害者職業センター	〒781-5102 高知市大津甲 770-3	TEL：088-866-2111 FAX：088-866-0676 E-mail：kochi-ctr@jeed.or.jp
福岡障害者職業センター	〒810-0042 福岡市中央区赤坂 1-6-19 ワークプラザ赤坂 5F	TEL：092-752-5801 FAX：092-752-5751 E-mail：fukuoka-ctr@jeed.or.jp
北九州支所	〒802-0066 北九州市小倉北区萩崎町 1-27	TEL：093-941-8521 FAX：093-941-8513 E-mail：kitakyusyu-ctr@jeed.or.jp
佐賀障害者職業センター	〒840-0851 佐賀市天祐 1-8-5	TEL：0952-24-8030 FAX：0952-24-8035 E-mail：saga-ctr@jeed.or.jp
長崎障害者職業センター	〒852-8104 長崎市茂里町 3-26	TEL：095-844-3431 FAX：095-848-1886 E-mail：nagasaki-ctr@jeed.or.jp
熊本障害者職業センター	〒862-0971 熊本市大江 6-1-38-4F	TEL：096-371-8333 FAX：096-371-8806 E-mail：kumamoto-ctr@jeed.or.jp
大分障害者職業センター	〒874-0905 別府市上野口町 3088-170	TEL：0977-25-9035 FAX：0977-25-9042 E-mail：oita-ctr@jeed.or.jp
宮崎障害者職業センター	〒880-0014 宮崎市鶴島 2-14-17	TEL：0985-26-5226 FAX：0985-25-6425 E-mail：miyazaki-ctr@jeed.or.jp
鹿児島障害者職業センター	〒890-0063 鹿児島市鴨池 2-30-10	TEL：099-257-9240 FAX：099-257-9281 E-mail：kagoshima-ctr@jeed.or.jp
沖縄障害者職業センター	〒900-0006 那覇市おもろまち 1-3-25 沖縄職業総合庁舎 5F	TEL：098-861-1254 FAX：098-861-1116 E-mail：okinawa-ctr@jeed.or.jp

表 7 全国の地域障害者職業センター一覧

独立行政法人 高齢・障害者雇用支援機構（<http://www.jeed.or.jp>）より引用⁴⁾

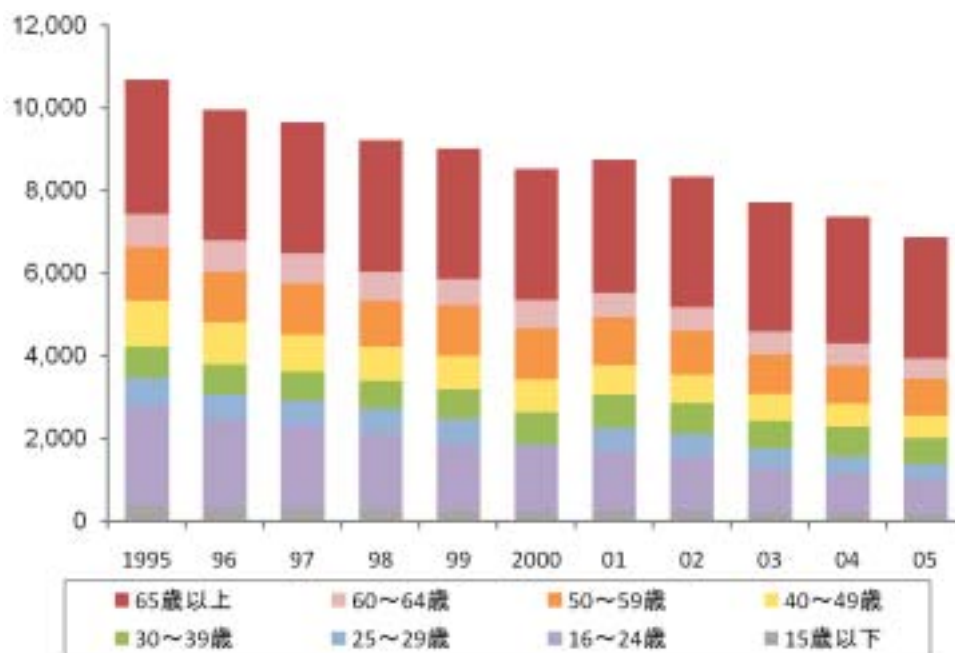
第9章 車の運転について

1. はじめに

近年、高速道路の逆走といった認知症とみられるドライバーによる重大な事故などが増加しており、認知症の人の運転について各メディアがクローズアップするようになり、問題解決に向けた取り組みが急務となっている。

しかしながら、運転に必要な認知機能の低下を自覚せずに運転を続けているドライバーは相当数いるにも関わらず、それを把握するシステム、安全指導の徹底、および運転中止後の適切な対応はまだ不十分である。また、認知症の人の運転能力の評価手法に関する信頼性・妥当性の高いエビデンスも少ない。このように、現時点では認知症の人の運転について効果的な対応策は確立されていないが、本稿で紹介する認知症の人の運転について現状や問題点、最近の研究成果などを知ることによって、対応策を講じる一助となれば幸いである。

先行研究では認知症高齢者を対象とした者が中心であり、若年認知症の人の運転に関する研究はほとんどない。しかし、認知症高齢者との共通点も多いことから、本章の内容は認知症高齢者が中心とした認知症ドライバー全般について解説を行うこととする。



* 各年 12 月末現在

図 1 年齢層別交通事故死者数の年次推移（1995 年～2005 年）

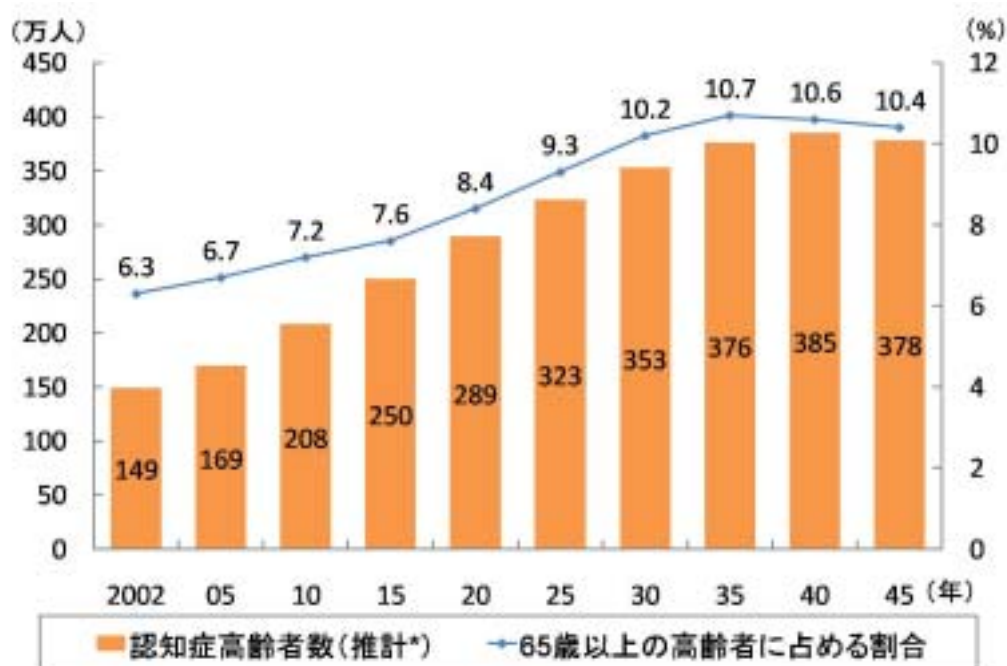
2. 認知症ドライバーの現状

2-1. 交通事故の推移

交通事故による死者数を年齢層別にみると、高齢者（65歳以上）が最も多く、次いで50歳代、および若者（16～24歳）で多い。過去10年間の推移をみると、若者は10年間で約3分の1にまで減少するなど大きく減少している¹⁾。中年層も減少傾向が続いているが、高齢者は他の年齢層ほど減少していない（図1）。

2-2. 認知症ドライバーの推計

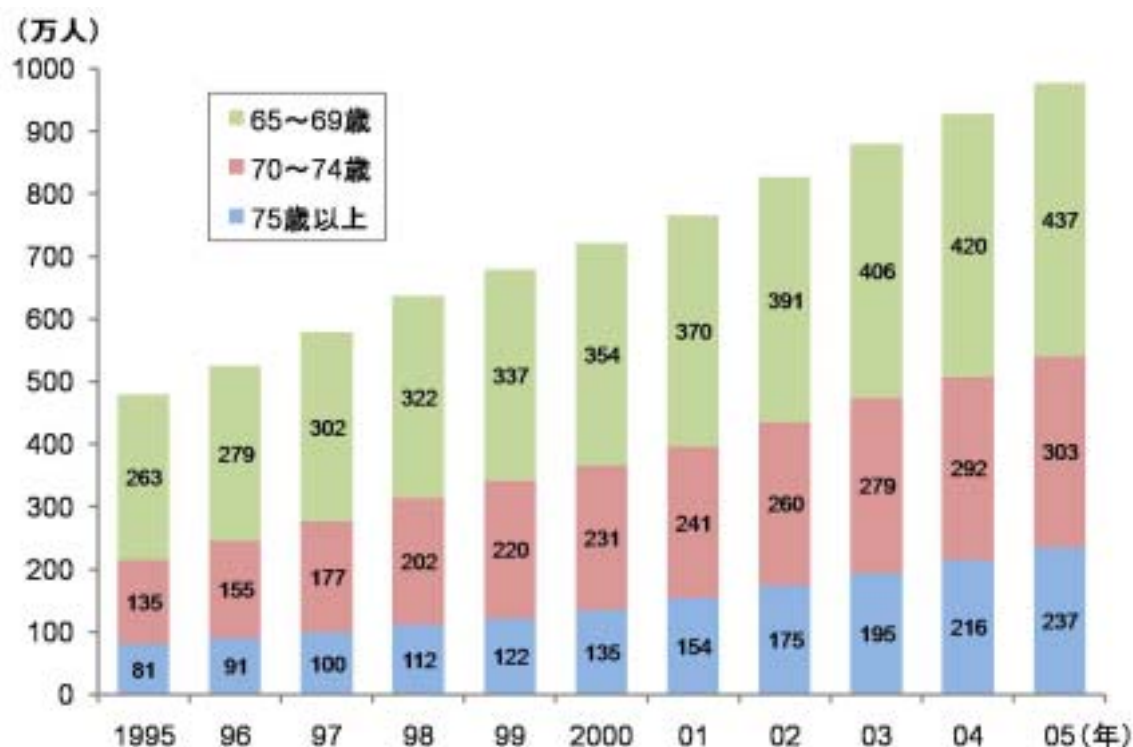
認知症高齢者の数は年々増加傾向にあり、その数は2040年頃にはピークに達し、65歳以上の10人に1人は認知症であると推測されている（図2）。また、平成17年には全国の65歳以上の運転免許証保有者は970万人を越え（図3）、65歳以上の在宅高齢者の認知症有病率を約4-6%とすると²⁾、約38万人以上の高齢ドライバーに認知症の可能性があり、今後は認知症ドライバーによる事故の増加が懸念されている。



* 2002年データは実測値。それ以降は推計値

* 推計値は2002年9月末について推計した「要介護（要支援）認定者における痴呆性高齢者」と「日本の将来推計人口（平成14年1月推計）」から算出（厚生労働省ホームページ「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」より作成（<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/3c.html>））

図2 認知症高齢者数の将来推計



*警視庁交通局運転免許課「運転免許統計」より作成

図3 高齢者の運転免許保有者の推移

2-3. 認知症の人の運転に関わる法律

これまでに、高齢者および認知症の人の運転に関してさまざまな取り組みが実施されてきた（表1）。例えば、1998年4月に免許返納制度が制定され、個人の申請により、運転免許証を返上することが可能となった^{3, 4)}。しかし、東京都の48万人を対象とした調査では、免許証を返上した高齢者は257人で0.5%にすぎないといった報告もある⁵⁾。

また、認知症の人は、運転の危険性を自覚していない場合が多いため、免許証の返納を考える人も少ない。このような現状から、認知症のドライバーへの対策として、2002年に施行された道路交通法の改正によって、「公安委員会は認知症患者の運転免許証を停止、あるいは取り消すことができる」という内容が付け加わった（表2）。しかし、現在、認知症の疑いのある高齢者ドライバーは前述の通り、約38万人以上いると推定されているが、警察庁の発表によると、この法律の施行から2006年末までの4年半に全国で、認知症の人の免許取り消しはわずか257人、免許停止が4人だけとこの法律の適用はわずかであり、現行の法律では認知症ドライバーの免許証に関わる対策としての実効性は低いのが現状である。

表 1 わが国の道路交通法における高齢者および認知症の人の運転に関わる取り組み

施行時期	内容
1998 年 4 月	免許保有者の申請による免許の返納制度
1998 年 10 月	75 歳以上の免許更新者に対する高齢者講習の義務化
2002 年 6 月	公安委員会は「認知症を含む一定の疾患に罹患した者については、免許交付の拒否・保留および免許の停止・取り消しができる」ようになる
2002 年 6 月	免許更新時における高齢者講習の受講対象年齢が、75 歳以上から 70 歳に引き下げられ、免許の申請および更新時には、更新申請書で病状の自己申告をすることが必要となる
2008 年以降（予定）	75 歳以上の免許更新者に対する記憶力や判断力などを調べる認知機能検査の義務化

文献 6)より一部改変

表 1 にも示したが、70 歳以上の高齢者は運転免許更新時に高齢者講習の受講が義務付けられている。この高齢者講習では、教本や視聴覚教材などを活用した講習の他、実技講習としてドライビング・シミュレーターによる「運転適性検査」を実施し、判定員が同乗して教習場内のコースを実車で運転することによって運転適正能力を評価することとなっている。ただし、この講習は現在のところ運転指導が主な目的であって運転を中止させることを目的としたものではないため⁷⁾、現状ではほとんどの認知症ドライバーが免許証を更新しているといわれており、特に認知症ドライバーに関する免許証の運用が課題であった³⁾。そこで、新たな対策の一つとして、今後は 75 歳以上を対象に高齢者講習で、記憶力や判断力などを調べる認知機能検査が義務づけられることになった。この検査の結果で認知症の疑いがあると判断された場合には、専門医の診断を受けてもらい、認知症と判断されると免許の取り消し、または免許停止の行政処分がなされる（図 4）。

3．認知症の人の運転に関する介護家族の意識と現状

認知症介護研究・研修大府センターでは、平成 18 年度に認知症の方を介護する家族に対し、認知症の人（主に認知症高齢者）の運転に関する現状や悩み、今後の対策への期待および要望などについてのアンケート調査を行っており⁸⁾、その調査結果について紹介する。

表 2 道路交通法改正（2001 年法律 第 51 条）にて定められた認知症に係る免許の可否等の運用基準

（１）アルツハイマー病の認知症および血管性認知症
取り消しとする
（２）その他の認知症（甲状腺機能低下症、脳腫瘍、慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症、頭部外傷後遺症等）
ア 医師が「認知症について回復の見込みがない」または「認知症について 6 月以内に回復する見込みがない」旨の診断を行った場合には、取り消しとする
イ 医師が「認知症について 6 月以内に回復する見込みがある」旨の診断を行った場合には、6 月の停止とする（医師の診断を踏まえて 6 月より短期間の停止期間で足りると認められる場合には、当該期間を停止期間として設定する）。
保留・停止期間中に適性検査の受検または診断書の提出の命令を発出し、適性検査結果または診断結果が「認知症について回復した」旨の内容である場合には拒否等を行わない。
「結果的にいまだ回復した旨の診断はできないが、それは期間中に〇〇といった特殊な事情があったため、さらに 6 月以内にその診断を行う見込みがある」旨の内容である場合にはさらに 6 月以内の停止とする。
その他の場合には取り消しとする。
（３）認知症ではないが、知能の低下がみられ今後認知症となるおそれがある場合
医師が「軽度の認知機能の低下が認められる」「境界状態にある」「認知症の疑いがある」等の診断を行った場合には、その後認知症となる可能性があることから、6 月後に臨時適性検査を行うこととする。
なお、医師の診断結果を踏まえて、より長い期間や短い期間を定めることも可能である（ただし、長期の場合は最長でも 1 年とする）

注：当時は「痴呆」と表記されていたが、本稿では「認知症」という用語を用いた。
文献 6)より一部改変



図4 認知症の人の運転に関わる行政処分の流れ
(毎日新聞 2007 年 5 月 15 日付朝刊より)

1) (認知症の方の) 自動車以外の移動手段 (図5)

「徒歩」が最も多く、次いで「電車・バス」、「タクシー」となっており、単独の移動手段としては自由度が高いタクシーを利用する人が多い傾向にある。しかし、特に公共交通機関が発達していない地域に住む人にとっては、自動車以外の移動手段が少

ないことから日常的に自動車に頼らざるを得ないという現状がある。実際、自動車の運転ができなくなった場合に日常生活上「非常に困る」と回答した人が、都市部よりも地方都市部および山間部に住む人の方が多いという報告もあることから^{2), 9)}、まずは自動車の運転をしなくても良い環境を作り、自動車に代わる移動手段の整備・確保をすることが必要である。

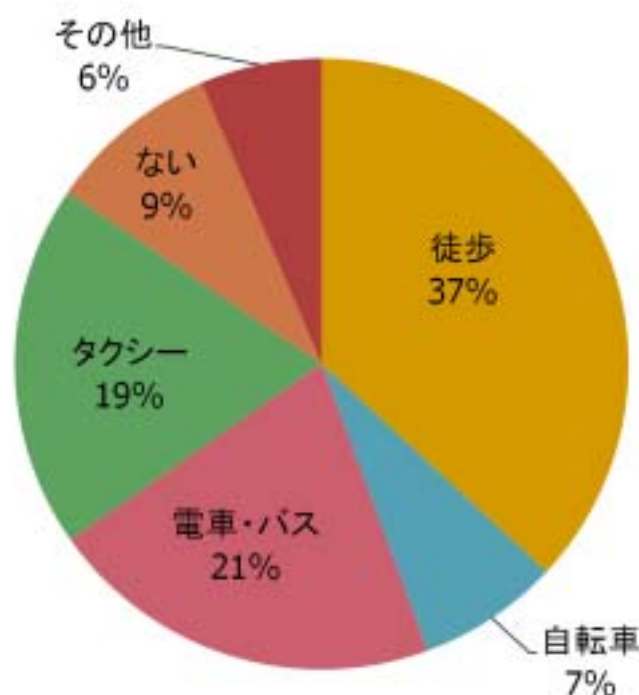


図5 (認知症の方の)自動車以外の移動手段

2)(介護家族が認知症の人の運転する車に)同乗した際に経験した危険運転の有無(図6)

全体の65%の人が「ある」と回答しており、危険な運転を経験した家族が多くみられた。これは、介護家族が同乗している時に起こった事象のみであるため、本人だけで運転している場合を含めれば実際には、危険な場面に遭遇した頻度はもっと高いと推測される。

3)((質問2)で危険な運転を経験した介護家族に対して)事故内容(複数回答)(図7)

「人、自動車、物などとの衝突」が最も多く、次いで「自動車の傷が多くなった」であった。接触・衝突事故などで自動車の傷が増えることが多くみられるため、日頃から自動車の傷などといったサインに気をつけることが早期発見に繋がるであろう。

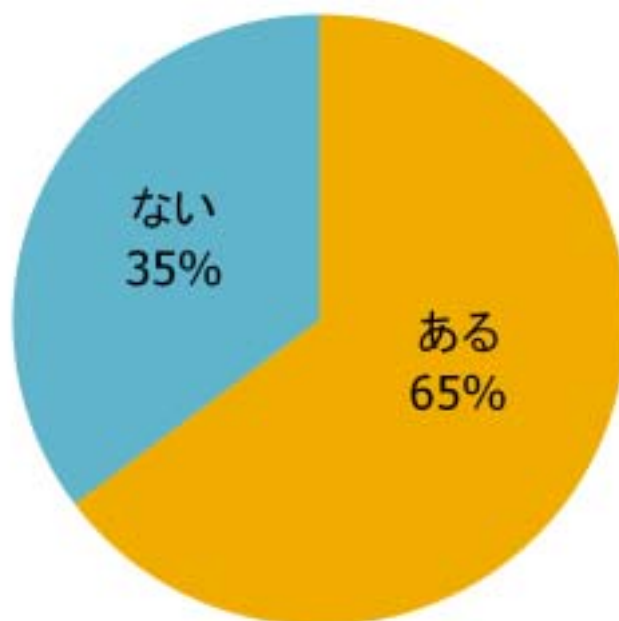


図6 (介護家族が認知症の人の運転する車に)同乗した際に経験した危険運転の有無

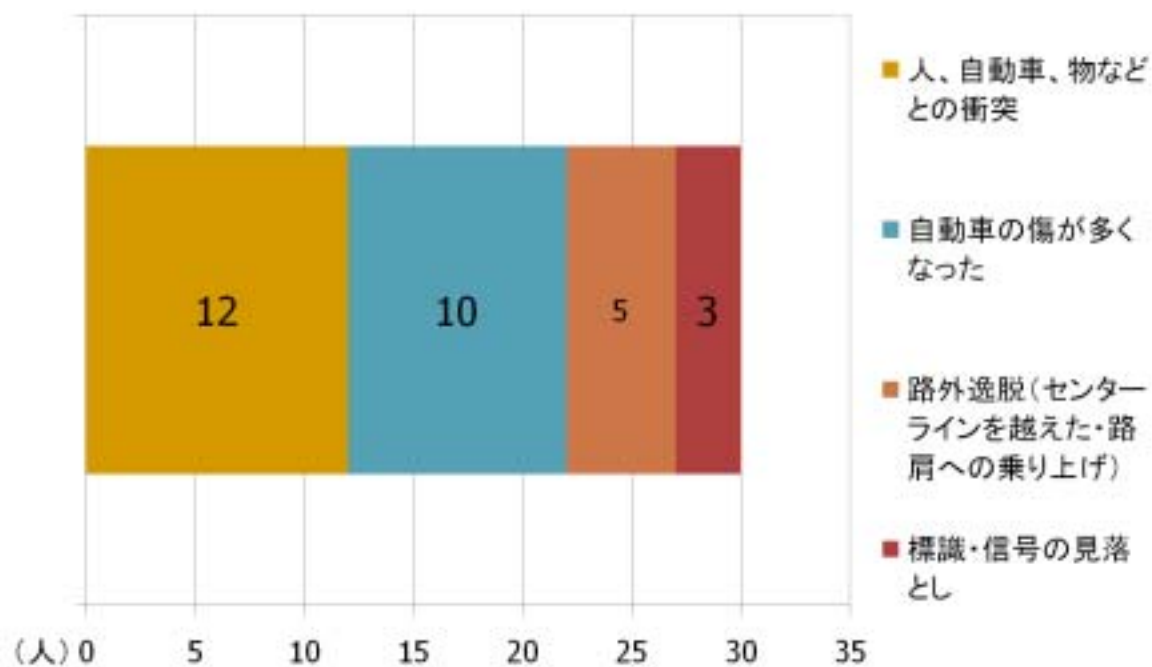


図7 事故内容

4) 認知症と診断された場合、法律で運転中止になることを知っているか(図8)

「知っている」と回答した人が全体の約4割と最も多かったが、その一方で4割近くが「あまり知らない」、「知らない」と回答した。2002年6月の道路交通法改正によって「公安委員会は痴呆症(認知症)患者の運転免許証を停止、あるいは取り消すことができる」ようになったこと(「2-3.認知症の人の運転に関わる法律」参照)を知る機会が少ないと考えられ、認知症ドライバーの事故の実態も含めた情報提供の場を増やすことが認知症ドライバーへの関心に繋がるのではないだろうか¹⁰⁾。しかし、どのような基準で認知症ドライバーを判定し、どのような評価手法で運転中止を判断するのかといった具体的な指針は示されていないのが現状であり¹¹⁾⁻¹⁴⁾、今後の検討課題となっている。また、認知症ドライバーの問題は本人だけではなく家族や周りの人たちの理解も必要であるため、このような意味でも多くの人が現状を知ることが重要である¹⁵⁾。

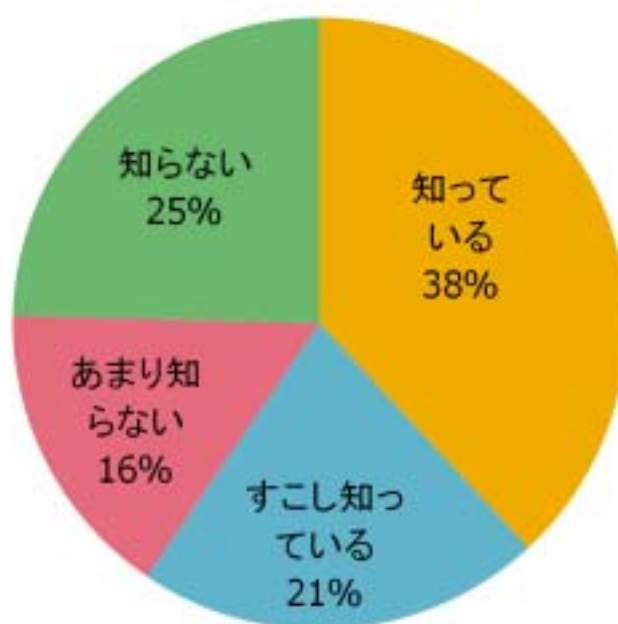


図8 認知症と診断された場合、法律で運転中止になることを知っているか

5) 認知症の方の運転について相談したことがあるか(図9)

相談したことが「ない」と回答した人が8割を占め、悩みを相談できずにいる人が多い傾向にある。

6)(質問5)で相談したことがある人に対して)相談相手(複数回答)(図10)

「家族・親戚」、「医師」がそれぞれ全体の約3割近くを占め、「役所」、「保健所」と回答した人は少数であった。

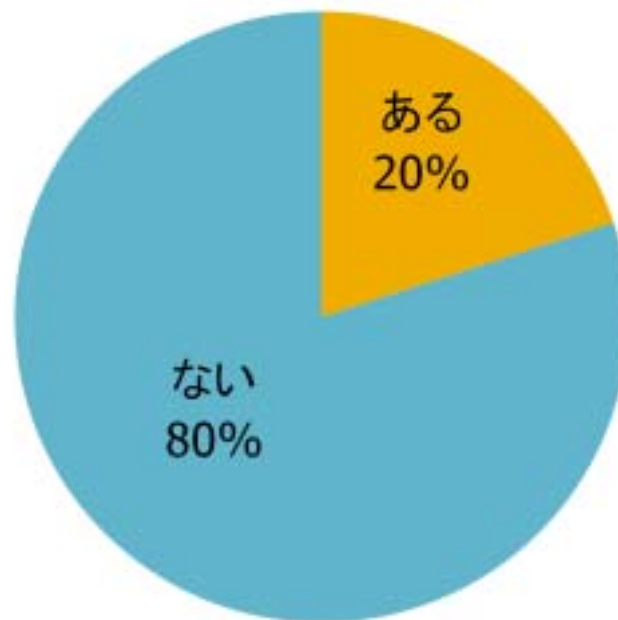


図 9 （認知症の方の運転についての）相談の有無

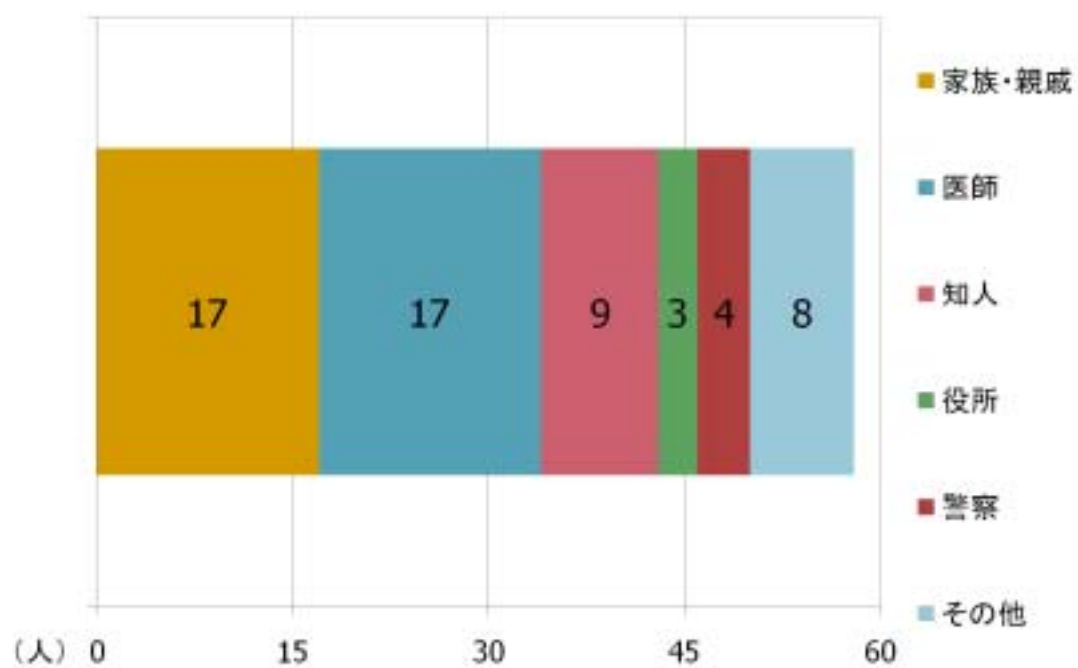


図 10 （質問 5）で相談したことがある人に対して）相談相手

7) (認知症の方の) 運転を中止する決定は誰がすべきか (図 11)

「家族」が 4 割近くと最も多く、「医師」は 2 割程度であり、介護家族は最終的に運転を中止するのは家族がすべきであると考えている人が多い傾向にある。

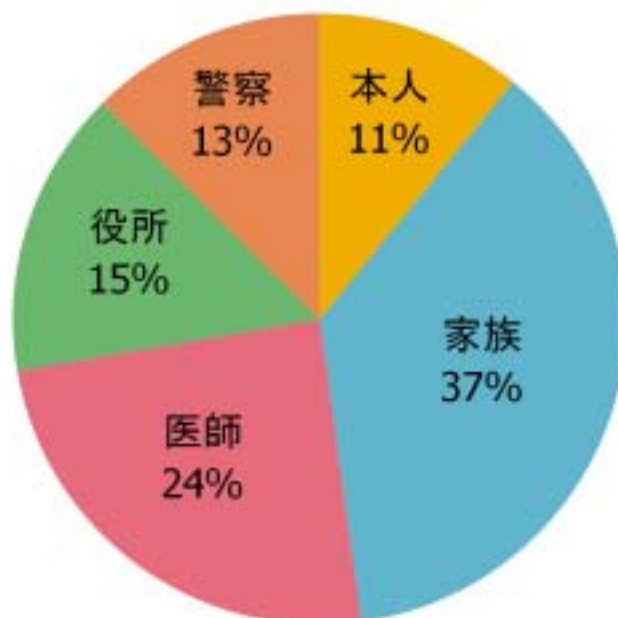


図 11 (認知症の方の) 運転を中止する決定は誰がすべきか

8) (認知症の人の) 自動車の運転について困ったこと (複数回答) (図 12)

「いつ事故を起こすか不安」な人が最も多かった。次いで実際に「事故を起こした」人が多かった。常に介護家族は不安を抱えている現状が。また、「どのように対応してよいかわからない」人もみられ、認知症ドライバーに関する情報提供を必要としている人が多い。

9) 運転を中止する (自発的にやめる) 手段として期待できるもの (複数回答) (図 13)

「家族以外 (かかりつけ医、役所、警察、自動車販売・修理店など) による協力」が最も多く、次いで「家族による協力」であった。介護家族としては、家族だけではなく周囲の協力が必要であると強く感じている。「認知機能テストやシミュレーターによる運転能力評価」を期待する人も多く、ドライビング・シミュレーターを運転能力評価のツールとして何らかの期待を持っている人が比較的多くみられた。これまでの研究では、高齢者講習で用いられている運転適正検査 (道路標識テストやドライビング・シミュレーターを用いた運転能力検査) の他に、従来の認知機能評価法、コンピュータ上での迷路などの認知機能テストなどが用いられ、海外では実車を用いた路上検査を行った報告もあるが^{16)・24)}、認知症ドライバーの運転能力を適切に評価できた効

果的な手法はなかった。また、ドライビング・シミュレーターを用いた評価手法も検討されているが^{25), 26)}、従来のドライビング・シミュレーターでは特に軽度の認知症の人に対して運転能力の低下を検出できないことがある、ドライビング・シミュレーターによる結果から事故を起こす危険性を予測する指標がない、認知症の原因疾患によって評価基準を設定する必要があるなどの問題があり²⁶⁾、現時点では認知症ドライバーを検出できる運転能力評価手法は確立されていない。「交通手段の充実」も多く、運転を中止しても不自由なく生活ができるような環境作りも必要である。また、認知症の人は仮に説得を受けて運転をやめることに納得したとしても、そのこと自体を忘れてしまうため説得することは難しいため、認知症ドライバーへの説明を含めた対応や、認知機能が低下する前から運転の危険性や、運転をやめた後の対応についての説明を検討する必要があるだろう。また、段階的に運転免許証の交付条件が制限されるような制度を検討するなど、法整備も重要課題である。

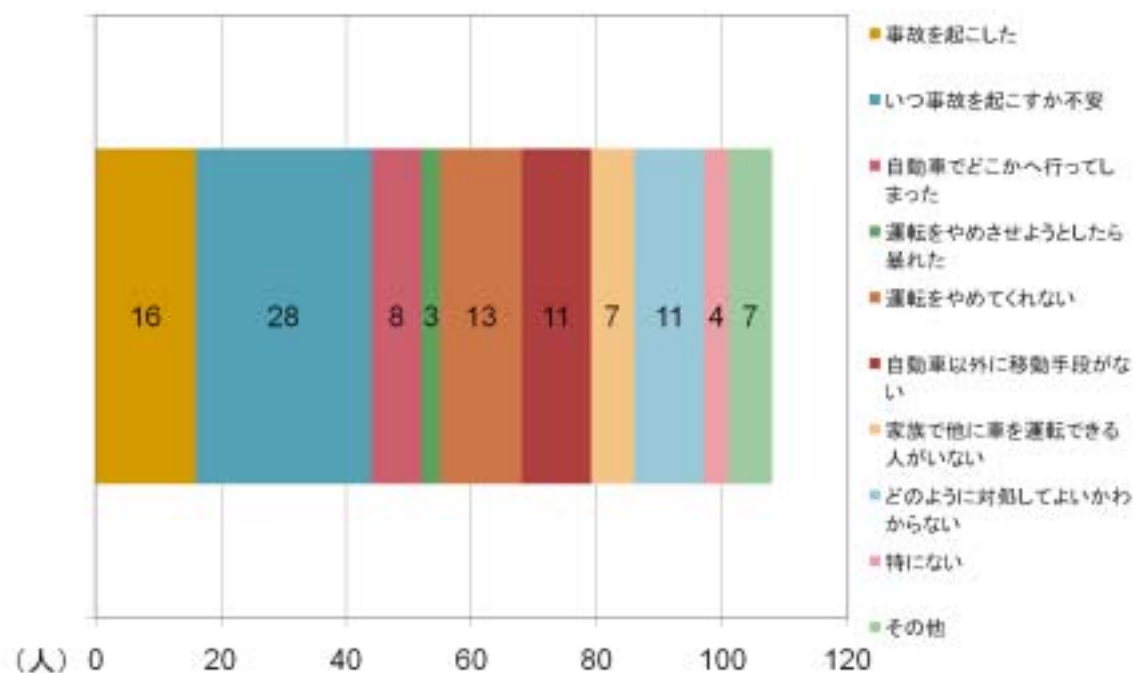


図 12 (認知症の人の) 自動車の運転について困ったこと

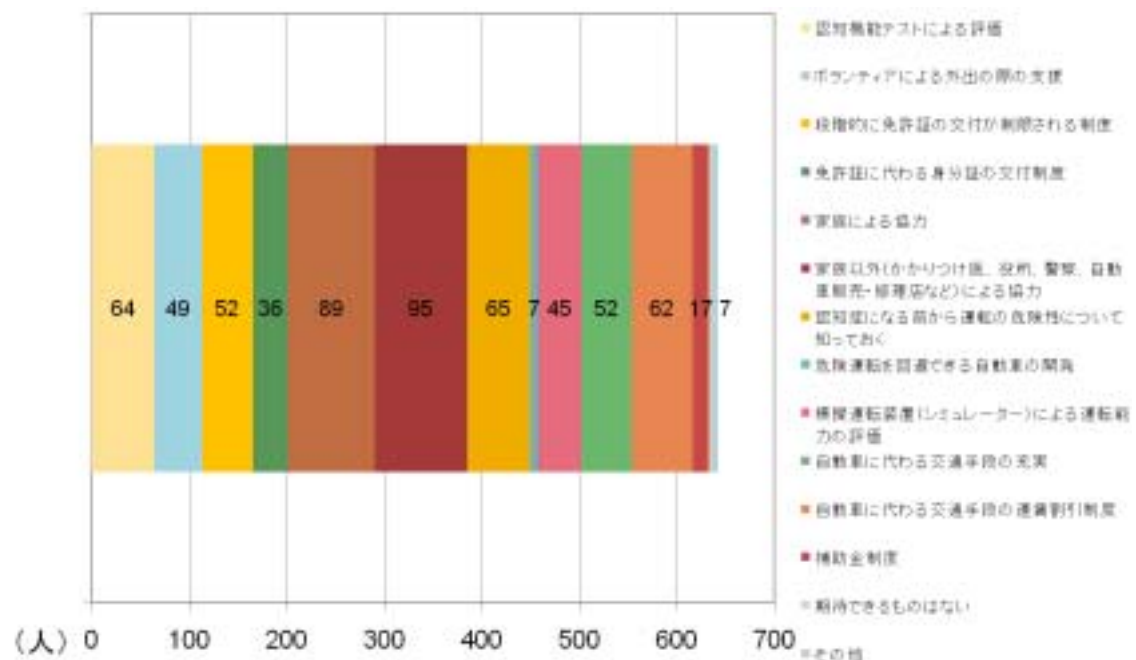


図 13 運転を中止する（自発的にやめる）手段として期待できるもの

4．認知症ドライバーの危険な運転事例

前述（3. 認知症の人の運転に関する介護家族の意識と現状）の調査の中から、介護家族が実際に同乗していて経験した危険な場面について紹介する。

- ・ 右折や左折をするとき、よく見ていない。
- ・ バックをする時に後ろをよく確認しない。
- ・ 標識が理解できず、右折禁止や一方通行を無視して逆走する。
- ・ ぶつかりそうになった時、本人が悪いかと思う時でも相手に怒鳴る。
- ・ 前の車に追突しても事情がわからず、保険会社にも対応できなかった。
- ・ 車間距離をとらずに運転し、急ブレーキが多い。
- ・ センターライン上を走行する。
- ・ こする程度にブロックなどに車をぶつけるようになった。
- ・ ガードレールに接触した。
- ・ 脇見が多く、信号の見落としもある。
- ・ 信号が変わってもすぐに発車できなかった。
- ・ 道がわからないためスピードが出せず、ゆっくり走っていた。
- ・ 車で自宅へ戻る途中、道がわからなくなった。
- ・ 買い物へ行ったとき車を停めたが、どこに停めたかわからず歩いて帰ってきた。
- ・ 駐車場の認識がなく、路上に車を止めようとした。

- ・ パーキング（P）に入れないで車を停めることが2～3回あった（ドライブ（D）で停める）。
- ・ ブレーキとアクセルを間違えた。
- ・ 突然交差点の真ん中で停車して手帳を開き、仕事の話始めた。後続の車からのクラクションにも反応せず、落ち着いた態度で手帳を見ているのに驚き、運転を交代した。

交通ルールが守れない、運転操作を誤る、道がわからなくなる、車に傷が増えたり、衝突事故を起こすようになることが多く、認知症高齢者に限らず若年認知症の人についても、このような状態が増えてきた場合は注意が必要である。

5．認知症ドライバーに対する対応

前述（4. 認知症ドライバーの危険な運転事例）と同様に、実際に介護家族が試してうまく対応できた例について紹介する。但し、これはあくまで参考例にすぎないため、対応はこの限りではない。

1. 家族が運転する車に乗ってもらうようにする
 - ・ 通院や買い物、ドライブなどに連れて行くと運転したい気持ちが落ち着くことがある。
2. デイサービスを増やす
 - ・ 自動車を運転する機会を徐々に減らすために、デイサービスなどを増やして一人になる時間を少なくし、他のことで気を紛らわすことによって運転したい気持ちが和らぐことがある。
3. 子供等が運転をやめてくれるよう説得する
 - ・ 子供や孫などが説得するとうまくいく場合がある。ただし、本人との関係が悪い場合は関係をさらに悪化させることがあるので注意が必要である。
4. 友人や近所の人に説得してもらう
 - ・ 家族が禁止せず友人や近所の人に説得してもらうように頼んだことによって、家族が味方だと思われた事例もある。
5. 自動車販売・修理店に協力してもらう
 - ・ 自動車販売の広告を見るようになったら注意が必要（知らない間に新車を購入することもある）
 - ・ 自動車販売・修理店で自動車を購入しようとした場合は、事情を説明しておくの良い（購入しそうな店がわかっている場合は、事前に説明しておくの良い）
 - ・ 車検の時期に自動車を売却・廃車にする（その場合は、本人が店に電話しても対処できるように販売・修理店に事情を説明しておくの良い）

上記のうまくいった例に対し、逆にうまくいかなかった例についても紹介する。

- ・ 車のキーを家族が保管したら夜中でもキーを探し回るようになり、心配で家族が不眠になった。
- ・ 運転を無理にやめさせたら気力・体力ともに減退し、症状が悪化した。
- ・ 家族がキーを取り上げても自動車を運転し、時々事故を起こした。そのため、人身事故が心配であることを本人に話して本人の車を廃車、免許証も返納し、家族の車のキーは本人にわからない所に置くようにした。しかし、次は電車で出かけるようになり、家に帰れなくなったため、家族が後から付いて歩くなど別の問題が発生し、無理に引き留めるとかえって外出が多くなった。
- ・ 本人の同意がないまま家族が鍵を隠したり、廃車にするなどして車に乗れないようにしたが、本人は大変怒り、その後の関係が悪くなった。

運転を無理にやめさせることが逆効果であった事例が多くみられ、いかに運転をしたいという気持ちを和らげることができるかがポイントになっている。また、家族だけではなく、周囲の協力が必要不可欠であり、周囲とのコミュニケーションが重要である。

おわりに

認知症の人の運転に関する現状があまり知られておらず、対応についても情報が不足して対応に苦慮している人が多いことが調査で明らかになった。まず、現状を把握して全体を理解してから、具体的に個々の人に合った対応はどのようなものであるかを考えることから始めることが重要であり、本稿がその一助になればと思う。また、介護家族だけでは対応に限界があるため、家族以外の周囲の協力が必要不可欠である。今後は医療・行政などを基盤とした介護家族への対応が可能な連携システムの構築、および運転の是非の判断基準としての客観的な運転能力評価ツールの開発が課題である。ただし、特に若年の人は仕事などで自動車が必要であったり、交通機関が発達していない過疎地に住んでいるなど、日常的に自動車を運転せざるを得ない場合もあるため、自動車に替わる交通手段を充実させるなどの環境整備も課題である。最後に、本稿が若年認知症の人の運転に対する対応のヒントとして活用され、本人や家族、介護に携わる方々に少しでも役立てていただけることを願っている。

第 10 章 生活を支える社会福祉制度

- 経済的問題解決を中心に -

第一線で仕事にがんばってきた人が、仕事の手順や約束を忘れてしまったり、会社に行くこともできない……。それは、若年認知症の始まりかもしれない。若年認知症を発症すると、その症状によって、それまで就労によって得てきた収入が減少、もしくは喪失してしまうことがあり、発症した本人の収入で生活を営んでいた場合は、困窮の危機に晒されることが少なくない。また、生計中心者でなくとも、その介助のための支出が増大する。

ここでは、若年認知症を発症した本人と家族の生活を支える福祉制度について、特に経済的支援を中心に説明する。制度を理解し、必要なサービスの適正利用のために、相談・問い合わせ窓口を記載する。しかしこれは、地域によって窓口が異なることが多く、また担当者によっても足踏みすることがある。制度の利用にあたっては、相談者を上手に活用して欲しい。

・上手に医療機関と付き合っていく

若年認知症の発症時期には、本人も「仕事疲れ？」ではと、気づかない場合が少なくない。症状を無視し、認知症が進行すると、それまで営んできた経済活動が難しくなり、退職に追い込まれることが多く、その後の生活に大きな不安を与える。早期に受診し、病気とうまく付き合っていくことで、経済活動を延長することも可能である。また、若年認知症であることの診断によって、様々な社会保障を利用することも可能である。

A 若年認知症の症状のために仕事に支障があると考えられる場合

医療保険

医療保険制度に基づき、被保険者やその扶養家族が必要な医療給付や手当てが支給されるもので、職業によって加入する制度が異なる。医療給付には、医療給付（診療費、高額療養費）と現金給付（傷病手当金、出産手当金、出産育児一時金、埋葬料など）がある。給付の対象となるのは、診療費や薬、治療材料、処置、手術、入院、移送などで、入院時のホテルコスト（部屋代、病衣など）は保険給付の対象外である。しかし、これらの費用については、確定申告の医療費控除の対象となる。

乳幼児や高齢者以外の被保険者の窓口での負担は、加入保険の種別を問わず一律 3

割である。

一般になんらかの事業所に勤める会社員が加入する社会保険の保険料は会社との折半により納付することになっている。国民健康保険に収める保険料は、自治体によって異なり、また地震や台風、火災のような災害、病気、失業などの理由で、それまでに比べ極端に収入が減少し、納付が困難になった場合は、管轄の市町村に、その旨を申請することで、免除や減免が認められることがある。しかし、その基準や要件も自治体によって異なり、財産や生活状況の確認を行うところもある。

また、社会保険では、会社等を退職して被保険者の資格を喪失した場合、一定の条件(被保険者でなくなった日までに継続して2ヶ月以上の被保険者期間があること、正当な理由がある場合を除き被保険者でなくなった日から20日以内に被保険者になるための届出)のもとに個人の希望により継続して最大2年間、被保険者となることが出来る(任意継続被保険者)。

この間は、事業所の保険料負担がなく、一部の保険給付金は支給されない。また、納付期日までに保険料を納められない場合は納付期日の翌日に被保険者資格を喪失する。

問い合わせ：市役所、社会保険事務所、各健康保険組合、医療機関など

傷病手当金 - 雇用保険・受給期間の延長 -

被保険者が病気や怪我で働けず、3日以上連続で休んだ場合に、4日目以降、休んだ日に対して支給される(1年6ヶ月が限度)。ただし、休んだ期間に事業主から傷病手当金以上の報酬を受けた場合には支給されない。支給される額は、標準報酬日額の3分の2に相当する額である。ただし、傷病手当金受給中に事業主より報酬を受けた場合、同一の傷病で障害厚生年金を受けている場合(同一の傷病による障害基礎年金を受給している場合には、その合算額)、退職後、老齢厚生年金、老齢基礎年金、退職共済年金などを受けている場合(複数の年金を受給している場合はその合算額)は、支給額の調整が行われることになっている。

保険料納付期間が1年以上ある場合には、退職後も引き続き、手当てを受給することが可能であり、加入保険を国民健康保険に切り替えても受給資格は継続する。

また、傷病手当を受給しながら会社を退職した場合、雇用保険の受給期間を延長できる制度がある(延長制度に該当する理由の中には、この他にも妊娠、出産、育児や介護なども含まれ、本人だけでなく介護者も必要な場合は申請可。傷病手当を受給していなくても、病気等が理由で雇用保険の受給要件に該当しない場合も申請可)。最大3年の延長、最長4年受給が可能である。申請期間が短い(労務不能30日を経過した時点から1ヶ月以内)ため、注意が必要である。

問い合わせ：健康保険組合、勤務先、社会保険事務所、医療機関など

問い合わせ(雇用保険)：公共職業安定所

B 継続して治療が必要と判断される場合

自立支援法による医療費公費負担制度

若年認知症を含む精神科の病気は、病気と障害を併せ持ち、長期間の治療が必要になる。その間、治療費を払い続けることは就労が困難な患者にとって大きな負担となる。わが国では昭和 40 年の精神衛生法改正で通院医療費公費負担制度(通称 3 2 条)が創設されて以来、通院医療費の公費負担が行われてきた。平成 18 年に障害者自立支援法が施行され、自立支援医療制度として再編された。この制度を利用できるのは、指定した医療機関と薬局、訪問看護事業所で、デイケア等も利用することができる。本人が窓口で支払う負担割合は、1 割となる。この本人負担については、医療費の多寡と所得の多寡によって上限が設定されているが、自治体によってさらに自己負担を軽減する措置を講じているところもある。また、高齢になり「老人保健法医療受給者証」「高齢受給者証」「老人医療証」の交付を受けたときは、一部負担金相当額の一部を助成する制度を利用することが可能である。

制度の対象は重度かつ継続的な治療が必要な人で認知症を含む精神疾患があり、所得の条件に該当する人である。

< 申請方法 >

- 1 市町村や医療機関で必要書類を受け取る。
- 2 申請書を記入し、医師に診断書の作成を依頼する(保険外)。
- 3 世帯確認、保険単位確認のための書類(保険証の写しなど)を用意する。
- 4 所得区分の認定に必要な書類(課税証明書や同意書など)を用意する。
- 5 一定の所得がある人で、医療費の自己負担分に上限を希望する人は意見書を用意する。
- 6 市区町村の担当窓口へ提出する。原則本人申請だが、郵送等での申請を受け付けているところもある。
- 7 審査が行われ、通知が届く(1～3ヶ月程度)。支給決定されると「自立支援医療費受給者証」が送付され(指定した医療機関もしくは自宅)、利用が開始される。
- 8 有効期限は申請書類が受理された日から1年以内の月末。翌年も利用を希望し、また利用対象の状態であるときは、有効期限の3ヶ月前から有効期限日までに更新の手続きをする。

その他：精神保健福祉手帳と同時に申し込みも可能。その場合は、医師に精神保健福祉手帳の診断書の所定の欄に記載を依頼し、申請書とともに自立支援医療申請書を提出する。

問い合わせ：市区町村、医療機関、保健所、精神保健福祉センターなど

高額療養費

1 ヶ月の治療費の自己負担金が、負担限度額を超えた場合、各市町村の国民健康保険課に申請をすることで、負担限度額を超過した分の金額が償還される制度である。ただし、保険外併用療法費や差額ベッドや食事代等のホテルコストには適用されない。

自己負担限度額(70 歳未満)は、以下の計算式によって算定される。

低所得者（生活保護の被保険者、市町村民税非課税世帯など）→ 35,400 円

一般世帯→ 8,100 円 + (医療費 - 267,000 円) × 1%

上位所得者(標準報酬月額が 53 万円以上の被保険者および被扶養者)

→ 150,000 円 + (医療費 - 500,000 万円) × 1%

多数該当世帯(1 年間に 4 ヶ月以上高額療養費に該当する世帯)の負担限度額は以下のとおりである。

低所得者 → 24,600 円

一般世帯 → 44,400 円

上位所得者→ 83,400 円

世帯合算をすることもでき、同一世帯内で 1 ヶ月に自己負担額が 21,000 円以上の人が 2 人以上いる場合は、それぞれの医療費を合算して自己負担限度額または多数該当世帯に当てはめて算出した金額となる。

この他、長期高額疾病(透析患者、後天性免疫不全症候群など)についての負担軽減もある。

平成 19 年 4 月から、70 歳未満の人の場合にも、事前申請(保険証管轄の社会保険事務所に健康保険限度額適用認定申請書を申請し、認定証を発行してもらい医療機関に提出する)することによって、現物支給が可能となっている。この手続きをしない場合は一旦、自己負担をして後に償還される。この一時支払いが困難な場合は、その貸付金制度などがある。

問い合わせ：市町村、社会保険事務所、医療機関など

医療費の所得税控除

確定申告で手続きをすると、税が軽減される。対象となるものには、保険外診療費、ホテルコスト(差額ベッド)、通院費、おむつ代、看護費(社会保険事務所が承認した場合のみ)などである。薬局で、病気治療のために購入した市販薬代金も対象となる。

控除額は < (支払った医療費 - 保険金等補填のあった金額) - 10 万円 (所得金額の 5 %の方が低額な場合は、その 5 %) > となり、限度額は 200 万円。申請は、医療費控除に関する事項を記載した確定申告書を提出する。その際に、医療費の支出を証明する書類、例えば領収書などについては確定申告書に添付するか、提示をする。また、給与所得のある人は、このほかに給与所得の源泉徴収票(原本)を添付する。

問い合わせ：税務署

心身障害者（児）医療費助成制度

各都道府県あるいは市町村で実施している制度で、各自治体により対象者や助成の内容は異なり、障害者手帳や障害年金を利用していることを基準にしている自治体が増えてきているが、精神障害者を対象としている自治体の数は少ない。各健康保険や国民健康保険で医療を受けた場合の自己負担分について助成が行われる制度である。所得制限がある。

問い合わせ：市区町村・保健所・医療機関など

無料低額診療制度

「生計困難者のために、無料または低額な料金で診療を行う事業」で、社会福祉法人が運営する医療機関において、世帯の収支が概ね生活保護程度の人を対象に自己負担金が減免される制度である。医療機関の予算内で行われ、減免の内容はホテルコストなど各施設によって異なる。

問い合わせ：福祉事務所、市町村、社会福祉協議会、社会福祉法人の医療機関など

C 認知症が進行し、家や施設では対応が困難な場合

認知症を専門に扱う精神科病院への入院によるケアがある。精神科への入院には、本人の入院治療への同意がある「任意入院」と、本人の入院への同意がない入院がある。その場合、家族が本人に代わって同意をする「医療保護入院」、家族も同意しないが、都道府県知事の命令で入院となる「措置入院」などがある。入院費用に関しては、各医療機関で相談して欲しい。

精神保健福祉法による医療費公費負担制度（措置入院）

精神保健福祉法第 29 条では、精神障害者またはその疑いのあるものがその精神障害のため自身を傷つけたり、他人に害を及ぼすおそれのある状態にあるとの鑑定された場合、知事の命令により、強制的に入院させることができる措置入院を定めている。

この場合の入院費の自己負担は原則として公費で負担される。ただし、本人およびその扶養義務者の所得税が 150 万円を超える場合は 2 万円を上限として、自己負担する。

問い合わせ：保健所、精神保健福祉センター、医療機関など

．暮らしを支えるサービス

若年認知症の人を含む病気や障害によって就労が困難な人の所得保障として代表的なものに「年金制度」「手当て」「生活保護」がある。以下に説明をするが、利用要件

の判断が難しいものもあるため、利用にあたっては相談者を活用して欲しい。

精神科を受診しましょう

若年認知症を発症した場合、どの科を受診すればよいのか悩まれると思います。最近では、物忘れ外来と呼ばれる診療科を標榜するところも増えてきました。若年認知症を発症しても、医療の進歩に伴い、長期間、病気と一緒に生きていくことが可能となり、その病気とどう付き合っていくかということが課題となるようになりました。認知症が精神科の治療対象であることもありますが、精神科の中には認知症ケアの知識を持ったパラメディカルがいることが少なくありません¹⁾。地域の家族会や、保健所、精神保健福祉センターを利用して、お近くの病院情報を検索してください。

A 退職し、傷病手当等の給付が終了した場合

失業保険を利用する。働ける状態であること、働く意思があること、求職活動を行っているが、就職できない失業状態であることで、失業保険の受給が可能となる。若年認知症を発症しても、本人が再就職を希望する場合は、ハローワークで就業について相談したり、求職活動をすることが可能である。しかし、実際には再就職への道のりは厳しく、雇い入れる側の整備もされていないのが現状である。今後、若年認知症の人の就労支援は、国も力を入れていかなければならない課題である。

問い合わせ：公共職業安定所

B 税金等の負担が難しい場合

手帳制度

障害がある人に必要な制度やサービスの利用を簡便にするため、また、障害がある人の実数やニーズを把握し、必要な福祉施策、サービスを構築するために設けられている制度であり、公的なサービスだけでなく、民間の企業などが行う様々なサービスを利用できるものである。

障害者手帳には、「身体障害者手帳」「療育手帳」「精神障害者保健福祉手帳」の3種類がある。若年認知症の人の取得が考えられるものは精神障害者保健福祉手帳と身体障害者手帳である。手帳の種類や等級によって、利用できるサービスの内容が異なるため、注意が必要である。若年認知症の人が取得することの多い、精神保健福祉手帳

¹⁾ 精神科病院には「精神保健福祉士」という、精神障害者の社会参加に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の支援を行う専門職や、認知症ケアの知識を持つ看護師や作業療法士等がいることも多く、精神科訪問看護や、往診等の医療体制をとっているところもあるため、生活を支える一社会資源として、利用を検討して欲しい。

の歴史は浅く、利用できるサービスは他の2つの手帳所持者に比べ少ない（別紙一覧参照）。しかし、手帳を取得することで税の優遇、手当等受給が簡便になったり、就労支援の利用など、メリットも少なくない。

< 精神保健福祉手帳の対象者 >

精神疾患があり、日常生活や社会生活に支障をきたしている人で初診から6ヶ月を経過している人で、その程度によって1～3級までの等級がある。

等級	状態程度
1 級	日常生活を1人で送ることが難しく、常時介助が必要な状態
2 級	必ずしも常時介助を受ける必要はないが、日常生活に困難がある状態
3 級	重度の障害はないが、日常生活や社会生活で制約がある状態

< 身体障害者手帳の対象者 >

「視覚障害」「聴覚または平衡機能の障害」「音声機能、言語機能またはそしゃく機能の障害」「肢体不自由」「内部障害(心臓、腎臓、呼吸器、膀胱、直腸、小腸の機能障害もしくはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害)」のある人で、障害の程度によって1～7級の等級がある(手帳は6級まで)。

申請には、都道府県知事が指定する医師の診断書が必要である。若年認知症の人も病気が進行した場合や、既に疾患があることで、身体障害者手帳の取得が可能な場合がある。身体障害者手帳を所持することによって、住宅改修費や必要な補装具等の助成が受けられることもあり、手帳取得に該当する人は利用を検討して欲しい。

< 申請方法 >

精神障害者保健福祉手帳の申請には、医療機関への継続的な通院が必要である。初診日から6ヶ月以降から申請が可能で、申請書に医師の診断書を添えて、市町村の担当窓口提出する。申請書は各市町村の担当窓口にあるほか、医療機関に置かれていることも多いため、申請を希望する場合には、問い合わせてみるとよい。

精神障害は疾病と障害を併せ持つと言われるが、障害の程度が重度化または軽快することが考えられるため、2年間の有効期限がある。

平成18年より、精神障害者保健福祉手帳に顔写真が載せられることになった。この顔写真は特別の理由があるときは、その掲載は強制されない。また、使用する写真は証明写真に限らず、スナップ写真などの使用が可能である。また、すでに障害者年金を受給している場合には、診断書ではなく、年金証書の写しや振込み通知書などを申請書と提出することが出来る。その場合、障害年金の等級が手帳の等級となることがほとんどである。

身体障害者手帳の取得にあたっては事前に主治医と相談し、申請用紙を市区町村または医療機関で取得し、指定医の診断を受ける。

精神障害者保健福祉手帳 2 級以上、身体障害者手帳 2 級以上に該当する人で、生活保護制度を利用する人は、障害者加算が認められる。

< 利用方法 >

手帳は運転免許証やパスポートのように、必要なときに携帯し、提示することでサービスが利用できる。精神障害者保健福祉手帳は身体障害者手帳や知的障害者手帳を所持することによって利用できるサービスに比べると利用できるサービスが少ないのが現状ではあるが、交通費や住居費、医療費等、都道府県、市町村レベルで徐々に整備されてきている。

問い合わせ：福祉事務所、町村障害福祉担当課、保健センター、医療機関など

手当て・給付金等

障害者手帳を持っている重度の障害者や、同等の状態にある者に対し、地方自治体が独自に行う給付金制度や手当て制度がある。また、認知症が進行し、常時介護が必要になった場合には、特別障害者手当(26,440 円/月)に該当することもある。手当金制度や給付金制度は自治体によって、名称や対象もさまざまで、低額であることが多い。

自治体によって広報の方法も異なるため、広報誌やホームページ等での情報収集もしくは、直接、自治体やその地域の相談員を利用して欲しい。

問い合わせ：都道府県、市区町村など

貸付金制度

生活が困窮してきた場合、または生計中心者が没したあと等に利用可能な制度である。

生活福祉資金貸付制度

低所得者世帯、高齢者や障害者のいる世帯等に対し、経済的自立や社会参加の促進をはかるために必要な資金を低利（修学資金については無利子）で貸し付ける制度。この制度においては、病気、けがの治療のために療養資金、療養中の生活を維持するための生活資金などがある。障害者のいる世帯については利用の所得制限がない。

問い合わせ：社会福祉協議会

母子福祉資金貸付制度

配偶者のいない女子で 20 歳未満の児童を扶養している人を対象として、療養資金や生活資金等を無利子または、低利子で貸し付ける制度。

問い合わせ：福祉事務所

女性福祉資金貸付制度

母子福祉資金貸付制度と同様の貸付制度。各自治体が独自の事業として行っている

ため、名称、貸付限度額、条件などが異なることがある。

問い合わせ：福祉事務所

福祉年金等の受給者に対する特別の定期預金の取り扱い

障害年金や遺族年金、特別児童扶養手当などの年金または手当てを利用している人を対象に、利率が優遇された期間 1 年間の定期預金。受け入れ限度額は 300 万円。ゆうちょ銀行と民間の金融機関で取り扱われている。預け入れは、ひとり一金融機関一店舗に限る。

問い合わせ：取り扱い金融機関

その他

< 国民年金保険料の免除 >

経済的理由などで国民年金保険料を納付することが困難な場合に、申請により保険料の納付が免除・猶予となる「保険料免除制度」や「若年者納付猶予制度」がある。これらの免除や猶予を受けずに保険料未納の状態で、障害や死亡となった場合は障害基礎年金、遺族基礎年金が受給できないことがある。

問い合わせ：市区町村の国民年金窓口

< 水道料金の減免 >

自治体によって、水道料金の一部を減免する制度がある。

問い合わせ：市区町村の担当窓口

< 就学援助 >

「小中学校就学援助」「高等学校授業料等の免除・軽減」「公立および私立高等学校奨学資金」「日本学生支援機構奨学金」など、経済的理由で就学させることが困難な子のいる家庭に対して、さまざまな就学資金援助制度や、奨学金、基金等がある。地域や学校、専攻等によって、利用できる制度や種類、金額が異なる。保護者の障害者手帳や障害年金の等級が利用要件になっているものもある。

問い合わせ：学校、教育委員会、日本学生支援機構、市区町村など

C 本人が働ける状態にない場合

年金制度（障害基礎年金・障害厚生年金）

障害による収入減を補うための制度で、地域生活をしながら社会参加する障害者の経済的な支えとなる。障害年金には、障害基礎年金（1～2 級）と障害厚生年金（1～3 級）がある。初診時に、どの種類の年金に加入していたかにより、受給できる年金が異

なる。また、障害厚生年金は障害基礎年金に上乗せして受給することになっている。障害厚生年金の 3 級よりも軽度の障害が残っている場合は、障害手当金という制度もある。

年金額は、障害基礎年金 1 級で、年間 990,100 円、2 級で年間 792,100 円である。障害厚生年金はこれに、それぞれの等級の厚生年金額が上乗せされる(障害厚生年金 3 級は、障害基礎年金がなく、厚生年金額のみ受給《594,200 円/年》)。子がいる場合は子の加算も認められ、障害厚生年金の場合は、配偶者加算(1・2 級)がある。(年金額平成 18 年時点)

< 対象 >

初診時に公的年金に加入していること、加入すべき期間に保険料の納付があること、障害認定する時点で定められた障害状態であることの 3 点が要件である。

< 申請方法 >

初診日の加入年金の種類、納付状況等を確認する(国民年金のみ加入の人は市区町村の国民年金課へ、厚生年金加入期間がある人は社会保険事務所)。

申請窓口へ書類を取りに行く(と同じ)。

初診日証明書を取得する。

申し立て書の作成

診断書の作成

申請窓口へ提出(書類を受け取った窓口へ)

支給が決定すると、決定通知が届く(2 ~ 4 ヶ月)。 不支給、却下の場合はその旨が記載された通知が届く。不服があるときは 60 日以内に申し立てが可能。

現況届けを提出する(若年認知症であっても、有期認定となることが多い。定期的に生存確認のための現況届と期限年はさらに、診断書の提出も必要)。

問い合わせ：社会保険事務所、市区町村、医療機関など

年金制度(老齢基礎年金・老齢厚生年金等)

老齢基礎年金は、保険料を一定年数以上納付した人が 65 歳(繰上げ、繰下げ可)から受給する公的年金である。老齢厚生年金は、老齢基礎年金を基礎として上乗せする公的年金である。受給するためには、老齢基礎年金を 25 年以上納めている必要がある。支給開始は同じく 65 歳であるが、現在は経過措置として、一定条件を満たす人については、60 歳代前半の老齢厚生年金が支給されることになっている。これらは、今後段階的に支給開始年齢の引き上げが予定されている。また、厚生年金の障害等級 3 級以上に該当する場合等の特例もあるため、年金加入状況、利用範囲等については調べておくといよい。

平成 18 年 4 月から、65 歳以降の場合は障害基礎年金と老齢厚生年金等の併給が可

能となった。

問い合わせ：社会保険事務所、市区町村など

D 生活が困窮した場合

生活保護

わが国では、日本国憲法第 25 条において「国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」と規定しており、その権利を主張できるとともに、その生存権の保障は国の義務であることが明文化されている。その生存権を具体的に実現するために制定されているのが「生活保護法」である。生活保護法第 1 条には「この法律は、日本国憲法第 25 条に規定する理念に基づき、国が生活に困窮する全ての国民に対し、その困窮の程度に応じ、必要な保護を行い、その最低限度の生活を保障するとともに、その自立を助長することを目的とする」と規定されている。

生活保護を利用する要件は厳しく、できるだけの方策(財産の処分、民法上の扶養援助、他法の優先など)を執ってもなお生活が困窮している場合にのみ適用される国民生活のセーフティネットである。事前に十分な相談を行い申請する。保護申請が受理されると、各種調査(資産調査など)が行われ、保護の決定がされる。

保護が開始されると、生活に必要な保護費の支給(居住地によって金額が異なる)だけでなく、自立に向けての支援を受けることができる。精神障害者保健福祉手帳など障害者手帳を持っている場合、その等級(精神障害者保健福祉手帳の場合は 2 級以上)に応じて、障害者加算が認められる。

問い合わせ：福祉事務所、町村生活保護担当課

E 日常生活に手助けが必要な場合

障害者自立支援法

障害者自立支援法のサービスは、障害のある人々の障害の程度や社会活動や介護者、居住状況等の勘案すべき事項を踏まえ、個別に支給決定を行う「障害福祉サービス」と市町村の創意工夫により、利用者の状況に応じて実施できる「地域生活支援事業」に大別される。「障害福祉サービス」は、「介護給付」と「訓練等給付」があり、それぞれ利用の際のプロセスが異なる。

障害者自立支援法のサービスを利用できるのは「障害者」である。若年認知症の人に主にかかわりのある障害である「精神障害者」とは、精神保健福祉手帳所持者、精神障害による障害年金受給者、精神障害による特別障害給付金受給者、自立支援医療制度受給者である。これらを利用していることが記された証書か、医師の診断書で確認が必要になる。

若年認知症は介護保険の対象となるが、介護保険の利用には思わぬ費用負担が発生する。介護保険料の1割負担だけでなく、デイサービスの食事代などホテルコスト、通院費、衛生用品代、通信費、水道光熱費等が増大するなどして、思いもよらぬ出費に見舞われることも少なくない。障害の程度や本人の希望によっては、障害者自立支援法のサービスを利用することで、介護費を抑制できることがある。しかし、介護保険を利用していることで、利用できないサービスもある。併用には、介護保険にはないサービスであること(移動支援、就労支援など)や、介護保険の利用状況(同じ内容のサービスの場合は介護保険の利用を優先させることになっており、例えば在宅支援の場合は介護保険の要介護認定が5もしくはそれに近く、介護保険のサービスを最大限利用してもなお、サービスが必要な場合)などの条件があるため、まずは相談して欲しい。

また、介護保険と同じく利用者はそのサービス料の1割を負担することになっている。この1割の負担が難しい場合、市町村の特例によって1割負担を減額・免除されることがある。

経済的なことを特筆したが、若年認知症を発症して働く機会を喪失した人で就労意欲のある人、介護保険サービスでは他の利用者の年齢とギャップがあるなどしてプログラムが馴染まないなど、今後、若年認知症の人が社会参加するときの資源として、障害者自立支援法の福祉サービスが担う役割は大きく、ますます多機能化する必要がある。

問い合わせ：市区町村、医療機関、精神障害者社会復帰施設など

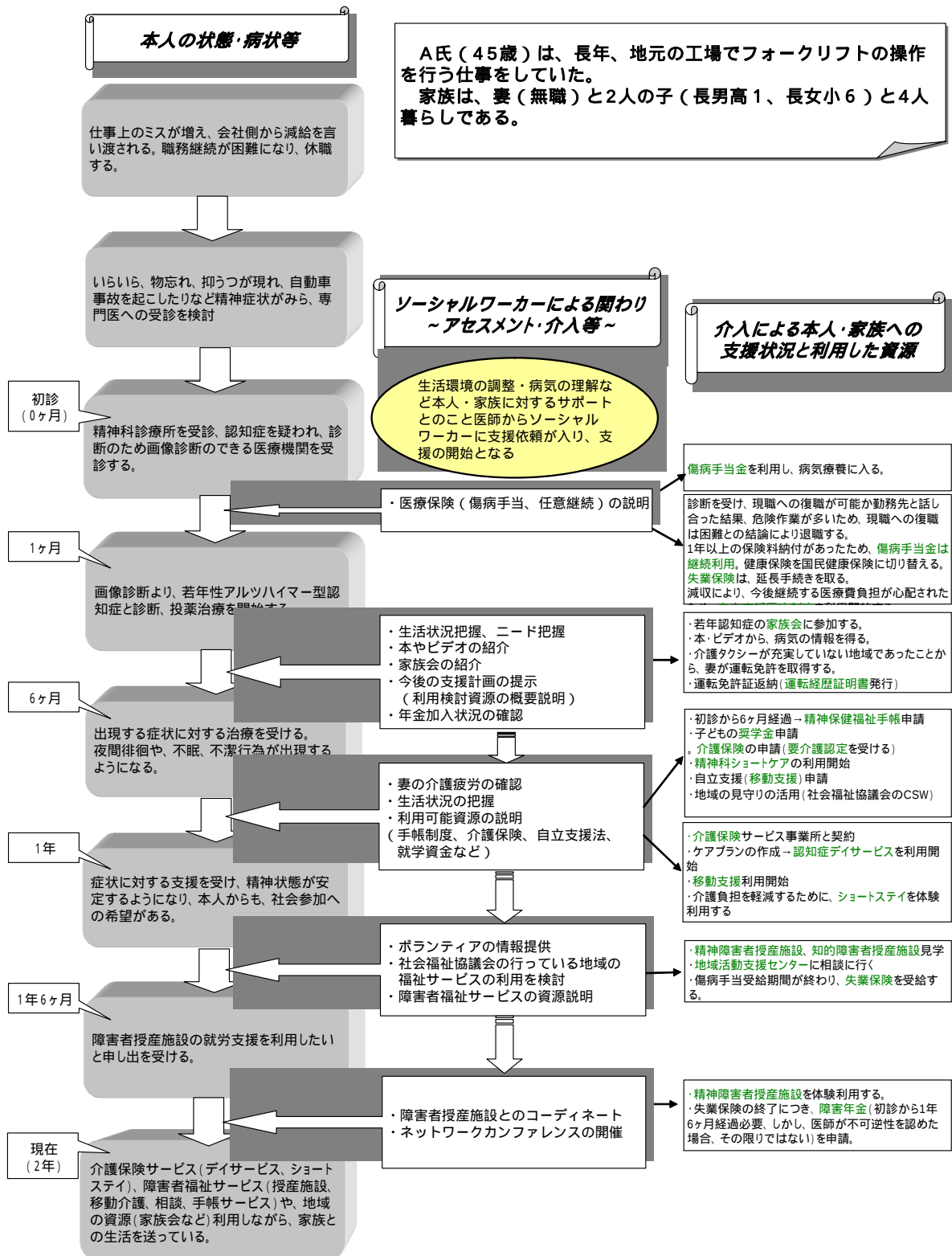
介護保険

介護保険については、12章で述べられる。本章では、介護保険の費用負担軽減について触れる。介護保険制度は医療保険と同様に、本人負担の上限額を設けている(高額介護サービス費)ため、限度額を超えた場合には申請ができる。これは世帯の合計額で計算されるが、福祉用具購入費、住宅改修費、施設サービスのホテルコスト、支給限度額を超えた自己負担額は算定できない。公的または社会福祉法人が運営する事業所によっては、所得によってホテルコストが減額されるところもあるため、ケアマネジャーに相談して欲しい。

自治体によっては、介護保険の自己負担金(1割)を負担できないときに、負担割合が減額されることがある。

問い合わせ：市区町村、地域包括支援センター、介護保険サービス提供事業所など

事例



若年認知症の人が利用できる福祉サービス

< 国の福祉制度 >		身体障害者	精神障害者
生活保護法	障害者加算の認定	○	○
手当等	特別児童扶養手当の受給	○	○
	心身扶養共済制度の加入	○	○
	特別障害者手当	○	○
	障害児福祉手当	○	○
在宅福祉サービス	ショートステイ	○	○
	ホームヘルプサービスの提供	○	○

< 都道府県・市町村の施策 >

税制	自動車税(取得税を含む)の減免	○	
手当等	障害者福祉手当の支給	○	
医療	心身障害者医療助成制度の適用	○	
移動等	福祉タクシーの利用	○	
	公営・民営交通の割引・減免	○	
利用料	公共施設利用料の減免	自治体によって異なる	
	公営駐車場利用料の減免		
助成	燃料費の助成		
	施設等通所費助成		
	電車・タクシー料金等の助成		

自治体によって、記載以外にも独自のサービスがあるところがある。

< 民間のサービスを含むさまざまな施策 >

税制	障害者控除(所得税、住民税)	○	
	新マル優制度の適用	○	
	事業税の非課税	○	
	相続税の控除	○	
	贈与税の非課税	○	
移動等	JR旅客運賃の割引	○	×
	航空運賃の割引	○	×
	有料道路料金の減免	○	×
	駐車禁止規制の適用除外	○	×
情報・通信の割引	NHK放送受信料の減免	○	×
	NTT電話番号案内利用料の免除	○	
	携帯電話基本使用料の半額割引	○	
	低料第3種郵便の承認	○	
住居	公営住宅の優先入居・所得による減免	○	
	公団住宅の優先入居	○	
貸付	生活福祉資金の貸付	○	

手帳の提示で利用できるサービス(精神障害のみ記載) ○ 制度対象 一部対象 × 対象
サービスの適用は障害程度、所得、世帯状況等で決定される。

出典) 全国精神障害者家族会連合会「精神障害者が使える福祉制度のてびき2007」,
pp17,19「障害者が受けられるサービス」引用, 一部筆者加筆

生命保険

生命保険に加入し障害を条件にした特約の契約をしている場合、保険給付がされる場合がある。たいていの保険で対象にしているのは「高度障害特約」であり、ここに規定されている「高度障害」とは、以下の状態をいう。

- ・両眼の視力を全く永久に失ったもの
- ・言語またはそしゃくの機能を全く永久に失ったもの
- ・中枢神経系・精神または胸腹部臓器に著しい障害を残し、終身常に介護を要するもの
- ・両上肢とも、手関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの
- ・両下肢とも、足関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの
- ・1上肢を手関節以上で失い、かつ、1下肢を足関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの
- ・1上肢の用を全く永久に失い、かつ、1下肢を足関節以上で失ったもの

認知症の場合は症状が進行し、生活全般にわたり介護が必要となった状態で請求となる。民間の住宅ローンを契約の際の条件として加入している生命保険でも、この高度障害特約による保険給付を受けることで残りのローンが相殺される場合もある。

また近年では、認知症で他者の介護を要する状態が180日以上継続した場合に、保険が給付される「介護特約」も登場している。

執筆：高見雅代

国立長寿医療センター ソーシャルワーカー

第 1 1 章 社会参加への援助

1) 家族会

(1) 家族の支援

認知症を題材にした映画・ドラマの放映やマスコミの報道の影響もあり、認知症に関する情報がある程度社会に浸透しはじめている。しかし多くの場合それは、高齢者介護を通じた認知症であって、若年認知症となると「若いのに認知症になるんですか?」「寝たきりなんですか?」などと理解に乏しい声が圧倒的である。このため若年認知症の人を抱えた家族は、地域の人々や親類にも症状を言えずに誰にも相談できないまま、対応方法もわからず、一人で悩み続けているケースが多い。

年若くして発症する認知症は、若年であるが故に高齢者の認知症とは違った問題をはらんでいる。40 歳代、50 歳代の配偶者を中心とした介護は、老親に対するそれと比べてまず期間が長い。しかしより良い介護もしくはより良い医療をめざすべき社会保障制度は、若年認知症に対しては充実しておらず自治体の機能も脆弱である。一方で就業の困難がつきまとい、生活の糧が確保できない結果、世帯は経済的に追いつめられる。さらに多くの場合、若年認知症の発症は子どもの多感な時期に重なる。子どもは親の症状の進行を目のあたりにし、「今までお父(母)さんだったのに、お父(母)さんでなくなる」と涙ながらに語る。

このように、生きていくための深刻な課題が日々目前に突きつけられている家族にとって、一人で悩むには問題が大きすぎ、同じ境遇で連帯でき、耳より情報がキャッチできる組織が必要不可欠であることは明らかである。

平成 11 年ごろから、全国各地で若年認知症の「家族会」や「支援をする会」が設立されはじめた。同じ悩みを持つもの同士が手を取りあって支えあい、情報の交換を行おうとする取り組みは草の根から始まったのである。

若年認知症の会の設立には大きく分けると 2 つのパターンがある。ひとつは、家族が自発的に呼びかけあって設立した「家族会」、いまひとつは、医師や専門職が第三者の立場から支援組織として立ち上げた「支援の会」である。ここではその支援組織の一つである若年認知症支援の会「愛都(アート)の会」(大阪)を取りあげ、その定例会の中で取り組まれている「家族交流会」について紹介する。

愛都の会の実践例

「愛都の会」は、2005 年 2 月に、代表の梅原早苗氏が、若年認知症の支援は緊急を要するという思いで、作業療法士など専門職に呼びかけ設立したボランティア団体で

ある。

梅原氏は当時、大阪府社会福祉協議会で社会貢献支援員として従事する中で、若年認知症の本人と家族が社会保障の制度の狭間に置かれていることに強い危機感を抱いていた。「彩星の会」(東京)や「朱雀の会」(奈良)など、各地で若年認知症の家族会を結成した経験に学びながら、大阪府でサポーター数名と家族1組の参加でスタートさせた。当初の主眼は、若年認知症の本人に居場所を提供するということに置くものだった。介護サービスの受給が困難なうえに家に閉じこもりがちの人が多かったためである。そのため介護保険のデイサービスに似せた自前の取り組みである「デイサービスなにわ」を毎月1回実施し始めた。ところが、本人とともに介護する家族が徐々に増え始めると、家族同士の交流の必要性も意識されるようになり、現在のような本人と家族が集まる会となった。設立から3年を経て、現在は本人と家族、及び専門職からなるサポーター総勢70名が集まる団体になっている。定例会は毎月第2日曜日に開催している。

定例会は、初めに「全体会」に全員が参加して顔合わせの自己紹介を毎行なう。その後、本人とサポーターが参加するグループ「なにわくらぶ(以前は“デザインセンターなにわ”と称していたが、介護保険のデイサービスと混同するので名称変更した)」と、家族とサポーターが参加するグループ「家族交流会」のふた手に分かれる。

「家族交流会」は、家族同士でお互いの近況報告や介護者としての苦労を話し合う場である。また若年認知症に関する情報交換の場でもある。本人が同じ時刻に部屋を隔てた「なにわくらぶ」に参加しているので、家族たちはお互い気兼ねなく語ることができる。サポーターは1名ないし2名が担当してアドバイスを行なう。通常は明るく談笑しながら、介護の経験の浅い人に対しては、慣れた人がアドバイスを行ない、各種制度や医療機関の情報交換を行なう。中には近所や親戚などにもひた隠しにしている介護の状況を一気に話し、心を落ち着ける人もある。時には、涙で言葉にならない人もいる。このような経験の交流は、本人への対応方法のものさしともなり、対応が間違っていなければ自信を深め、参考意見を聞けば、家庭で実践するための意欲を高める契機ともなっている。「家族交流会」に通うことで家族が平常心を取り戻すにつれて、本人の症状が落ち着いてくることもある。介護者の口から「本人に笑顔がみられるようになった」という言葉がこぼれる時は、介護者自身の笑顔がとり戻せた時なのである。まさに本人と介護者の心は合わせ鏡である。

一方、初期症状の段階の介護を行なう家族は、中期や後期症状の家族の話を聞いて「大変な状況になる」と暗たんたる気持ちを告白している。将来を悲観して大きなショックを受けてしまうのである。この意識の反映として、初期の頃に1度参加したきりでその後全く音沙汰がなく、後日あらためて参加する人もいる。その間は本人の症状を受け入れる準備を行なっているのであろうが、その期間が1年の人もいれば、数年に及ぶ人もいる。例えば、60歳代で介護家族になる場合に比べ、30歳代で介護家

族となる場合、社会成員としての人生経験の量（世間との付き合い）において不足している。障害に対する家族の受けとめが、年代や介護環境にとどまらず、個々の性格や考え方にも左右され、動揺せざるを得ない。障害の受け入れまでに多くの期間を要するゆえんである。

「愛都の会」は、2006年10月に、会の活動についての要望等を把握するために家族に対してアンケートを実施した。

< アンケートの自由記述の一部 >

「他では気を遣いながら自分の本当の思いを打ち明ける場所がなかったが、同じ病を持った家族同士なら安心して気兼ねなく話せる」

「不安がいっぱいでも、仲間から力、元気を与えてもらうことができる」

「奈落の底に突き落とされた気持ちから少しずつ這い上がることができた。そして少しずつ平常心にもどることができ、支援してくれる方々のおかげで前向きに考えられた」

このように、自由記述の欄には自身の率直な思いが綴られていた。「家族交流会」の果たす役割として、単に家族が悩みを語り合うだけでなく、自身が前向きに生きていく気概を養う場として機能している。

また「家族交流会」は、本人と一緒に楽しいひと時を過ごすための方法を学ぶ場でもある。「外出」の項で紹介する例のように、「愛都の会」は本人も家族もサポーターもみんなで楽しむことを重視している。行事の原案作成、本人を交えた企画立案、行事決定後の下準備、当日の運営管理、後日のまとめ等々、一連の作業にみんなが知恵を出し合い作業に参加することで達成感を共有しあえる。その中で本人や家族の主体性の向上が期待されている。「愛都の会」で本人の笑顔を見ることも、家族にとっては大きな喜びの1つでもある。

ところで、「愛都の会」はこれまで、サポーターがイニシアティブを発揮して運営してきた。それは発足自体が専門職によるサポーターが立ち上げたという理由からである。定例会はすべてサポーターにより準備され、本人や家族は迎え入れられるという立場であった。若年認知症の人をもつ家族にとって、自らの要望を全面に出して、真に自立した家族会の運営をめざすことは、組織原則からとても大切な視点である。支援者としての各専門職は、サポートとコーディネートには全力を傾けるが、一緒に暮らしてはいない。同じ生活者すなわち家族の手による自治的組織づくりの必要に迫られつつも、悩ましい現実も横たわる。

「本人を抱えていると家をあけられない」

「症状の変化などいつ何があるかわからない。外での約束ができないから会の運営に専念できない」

「自分が話を聞いてほしいうちは、家族会の運営はできない。家族会を運営する立

場にまわるときは、自分の悩みはまず置いといて、人の話を先に聞いてあげなければいけないからだ。それには心のゆとりがないとできない」

このように、家族は日々苦しみぬいているからこそ無責任な運営はできないと言っているものであり、毎日の介護で疲れている家族は月1回の家族交流会に参加することで精一杯で、組織の維持のための活動は身に余るのである。

わらをもすがる思いで家族会を訪ねてくる人は後を絶たない。この現実を前に、引き続きサポーター主導の運営を必要とする。サポーターの下支えは今後さらにボリュームアップせざるを得ないことになる。このため「愛都の会」は、(1)本人や家族の自主性を大切にする、(2)サポーターの養成、教育、(3)地域や諸団体との連携をはかる、という3つの問題意識を鮮明にし、打開の方向を探ろうとしている。

< 若年認知症の家族や本人のつどいを実施している団体 > (順不同)

詳しい活動内容、予定などは各団体にお問い合わせ下さい。

*** 彩星の会 (ほしのかい)**

定例会: 第4日曜日

連絡先: 〒160-0022 東京都新宿区1-29-5

グランドメゾン新宿東801号

電話 03-5919-4185

*** 愛都の会 (あーとのかい)**

定例会: 毎月第2日曜日

連絡先: 〒537-0024 大阪市東成区東小橋1-1-6 ぱーくす倶楽部内

電話 06-6972-6491

*** 日々草の会 (にちにちそうのかい)**

定例会: 偶数月の第三土曜日

連絡先: 〒557-0024 大阪市西成区出城2-5-20

大阪市社会福祉研修・情報センター 相談支援課内

大阪市介護家族の会連絡会事務局

電話 06-4392-8188

*** 朱雀の会 (すじゃくのかい)**

連絡先: 奈良市中山町西3-218-6

電話・FAX 0742-47-4432

*** 天神オアシスクラブ虹の会 (福岡市)**

連絡先: 電話 092-712-6500

* 北海道若年認知症の人と家族の会(通称:北海道ひまわりの会)

連絡先:電話 011-204-6006

* 柏・若年認知症家族会(千葉県柏市)

連絡先:NPO 法人デイサービスホーム ほがらか

電話・FAX 04-7176-1700

* 「認知症の人と家族の会」でもつどいがはじまっていますので支部にお問い合わせください。

* 社団法人 認知症の人と家族の会

連絡先:〒602-8143 京都府京都市上京区堀川丸太町下ル 京都社会福祉会館内

電話 075-811-8195 FAX 075-811-8188

E-mail:office@alzheimer.or.jp

* 特定非営利活動法人 若年認知症サポートセンター

連絡先:〒160-0022 東京都新宿区新宿1-29-5 グランドメゾン新宿東801号

電話 03-5919-4186 FAX 03-5368-1956

E-mail:supportcenter@star2003.jp

HP:http://www.star2003.jp/sc/

* 特定非営利活動法人 認知症の人とみんなのサポートセンター

連絡先:〒537-0024 大阪市東成区東小橋1-1-6 ぱーくす倶楽部内

電話・FAX 06-6972-6490

(2) 本人の支援(プログラムやサポーターの養成)

家族とは離れた本人だけの場の設定

家族会の中で家族たちが話す場と違う場所で、本人同志で楽しめる場をつくる必要がある。家族が話し合いたいのは、ほとんど本人の失敗や介護の大変さという、本人が耳にしたくない話題である。家族がこれらのことを話す事は、家族が介護、そして生活を続けていく上で重要なことであるが、それを聞いた本人は、「すまない」「情けない」という気持ちが生じ、本人の能力を本来のもの以下にしてしまう。特に、若年認知症の場合は、自分が介護をうけると思っていない時期の発症である。自責の念は、高齢者以上のものがあると思う。

また、家族会は若年認知症の人の貴重な外出の機会である。それも家族だけの関係の中での外出でなく、病気のことを隠す必要のない場での家族以外の人と接することができる場なのである。そこで、家族とは離れて本人同志で楽しめる場をつくる必要がある。

自分の思いを語り、共有することの重要性

若年認知症の人は、初期のまだ自分の思いを話せる段階に診断を受ける場合が多い。「病気がどうなっていくのか」「家族の生活はどうなるのか」などの心配は、他の病気と同様に認知症の人たちの中にあり、そのことを誰かに相談したり、同じ病気の人はどうなのだろうと話したい気持ちがある。しかし、「病気の話をすると周囲の人が不愉快に思うのではないかと気がかりです」(認知症の人と家族の会：あなたがアルツハイマー病と言われたら、アメリカのアルツハイマー病協会の翻訳、<http://www.alzheimer.or.jp/jp/tokubetu/anataga.htm> より)とあるように、家族や親しい人にも話せない。反対に病気が受け入れられず、病気のことに関心しすぎる人もいるが、いつでも話したくなったら話せる場であると知らせることは必要である。認知症の本人がネットワークを作ること支援する本人ネットワーク支援委員会がある。その支援事業の中で、認知症の人が話し合う意味は次のようにまとめられた。

認知症介護研究・研修東京センター：

平成 18 年度本人ネットワーク支援事業報告書より

図 本人同士で話をするることによる変化

新しい生き方への 希望	・ みんなで力を合わせれば今までより前進 ・ 自分たちで何かしよう ・ もっとできることがあるのではないか
仲間との語り	・ 楽になる気晴らしになる ・ 本当は、仕事をやりたい ・ 認知症による変化を感じていることや、しんどさを語る
ひとりの世界	・ 忘れること、できなくなることの自覚→自己評価が低くなる ・ こんなもんかなと思う。狭い世界 ・ いろいろ、怒り

若年認知症の本人自身が、同じ病気の友が参加できる工夫を実行した例

若年認知症のAさんは、家族会と一緒に参加している他の認知症のBさんが空間認知障害が強いために、卓球や絵手紙に参加できないことから、Bさんが楽しめることはないかと考えたそうです。Aさんは、同世代のBさんが同じフォークソング・グループを好きなことから、そのグループが歌っている音楽やビデオを流して楽しむことを思いつきました。Aさん、Bさんは青春時代をそのグループの音楽と一緒に過したのです。音楽を聞く事で、いろいろな思い出がBさんの脳裏によぎったようで、いつもよりたくさんお話が出てきました。これは、同世代の同じ病気の仲間だからこそそのアイデアだったと思います。何をするかは、本人からしてほしいことをきくだけでなく、仲間にしてあげたいことや、家族にしてあげたいこととずねることもよいのではないかと思います。

プログラム

家族会と、本人の交流会を別々に行うためには、場所や人材の確保が必要である。プログラムは、前述の話をする場や、体を動かすプログラムなどをサポーター主導でなく、本人も参加して、本人が行いたいものを実施することが重要である。

話し合いの場で、どのようなことをしたいか、昔どんなことをしていたかを聞きとり、その中からプログラムを考えて行く。この時、決してサポーターがやりたいことだけを実施するのでなく、もし本人たちが何をやりないのかわからず、サポーターの考えではじめてとしても、本人の参加状態をみてつづけていくかどうかを決めるようにする。できるだけ色々なステージの人が参加できる内容を取り揃える。

プログラム例

* 卓球

室内で行うことができ、卓球台がなくても机を利用でき、運動量もある。話し合う場では、言葉が出ないために参加できなかった人が、卓球を黙々と行った。実施する場合の留意点としては、疲労度合いを見て適宜休憩をとるように促したり、発汗状態に合わせて、汗を拭いたり着替え、水分補給を促す。点数版などで、点数などをわかりやすくする。

* カラオケ

カラオケをただ順番に歌ってだけでなく、本人の得意な歌や参加者が共有できる歌を繰り返してもよい。全員が、「自分が歌えた」と思えるような工夫が必要である。

* 絵手紙

季節のものをハガキや、紙に描く。絵の素材は、季節のものを用意する。描きなくなった時に描けるように、ハガキ、紙、筆、絵の具を用意しておく。描かれた作

品をみんなでみて感想を述べ合う。

サポーターの養成

家族が話している間に、本人同士の話し合いや様々なプログラムを実施するためには、本人のサポートをする人材が必要になる。サポーターは、介護家族や専門職など様々な立場の人がその役割を担っているが、重要なのは若年認知症の特徴を知り、デイサービスでのサービス提供のように、「介護される側」「介護する側」に分かれてしまわないことである。認知症と戦う同志としての意識を持って必要なところだけの支援を行っていくことである。初期から中期では、高齢者のように身体の機能低下の割合が少ないので、身体的な介護はほとんど必要がない人も多い。若年認知症の人をお客さんにして、「そこに座っていてください」というのではなく、一緒にお茶を入れたり、お菓子をくばったりと本人ができることを増やせるようにする。

サポーターは、若年認知症の人や家族への支援を行いたい人ならば誰でもかまわないだろう。ある介護支援専門員は、自分がはじめて若年認知症の人を担当したのだけけれど、高齢者の支援と何が違うのかわからないので勉強したいと、家族や本人と一緒に参加するようになった。

サポーターは、家族会に参加したり、本人の支援を行うこと自体が勉強であるが、できれば、若年認知症について知識を習得するための研修の機会があるとよい。若年認知症の人を支援したい人を集めるためにも、研修という手段は有効である。そして、集まったサポーターは、固定されたメンバーで支援を行って行くことも重要である。

サポーター養成研修プログラムの例

- ・ 若年認知症の病気の特徴
- ・ 生活を支えるための制度利用
- ・ 本人と家族の気持ち
- ・ 若年認知症の人のためのアクティビティの実際と支援の方法

(2) 旅行や外出

若年認知症の障害は一見してわかるものではないため、外出はさほど困難に感じないという誤解が生じやすい。しかし現実には外出に対して、本人はもとより家族も大きな不安を抱いている。

本人は、家族の同行がないときは外出をあきらめたり、外出してもどこにどのように行けばよいのかわからないのでためらったりする。家族は、外出先でのトイレの対処をはじめとして、その場で対応しにくいトラブルをできるだけ避けようとするため、外出することに対して、消極的にならざるを得ない。たまの外出は病院のみという家庭もある。

外出をすることで生活にめりはりをつけ、社会とのつながりを持ち続けることを誰しも望んでいる。若年認知症の人にはとても大切なことであることは間違いない。特

にほんの少しのサポートがあればできるということがたくさんあるうちは、積極的に外出の機会を作ることが重要である。

外出にあたっては、計画から帰宅まで、すべてをサポートするのではなく、行動を導き出すという視点でサポートをすることが求められる。

ここでは、外出にあたってのサポートのポイントをまとめてみる。若年認知症の病状のステージごとにサポートの方法が様々に異なるので、個別の対応が必要なことは言うまでもない。車いすの外出例などはまた別の機会に紹介するとして、ここでは主に歩行可能な人のサポート例を中心に気をつけるポイントを紹介する。

歩くこと

認知症の初期においては一般的に歩行障害はほとんどない。若年認知症の人はむしろ健脚な人が多いため、サポーターがその歩行速度についていけないこともよくある。

サポーターは本人と並んで歩き、本人がどこにどう行けばよいのかわからなくなった時のみに支援する。本人より前を歩くと本人を見失う可能性が高くなる。また歩道を歩く場合も予期しない危険に十分な注意を払い、アクシデントを回避することが必要である。自動車の往来があるところでは、サポーターは車側を歩くように努める。また認知症には空間認識に障害がある場合があり、階段などの段差に気付かないことがある。また、路面の色が変わると段差があるように見えたり、横断歩道のような縞模様がスムーズに歩けないと感じる人もいる。市松模様の床では、黒い部分が「落とし穴」の様に見えるという人もいる。

音に対しては、大きい音が苦手であったり、人が多いところでの混乱する場合がある。例えば青信号で流れる音楽が交差点の雑多な音にまぎれて不協和音のように感じたりする。耳からの情報がことさら不快に感じるが続くと、疲労をつのらせ、パニックになることもあるので、適切にサポートすることが必要である。

外出先から無事帰宅しても、自分の家だという認識がないために、自宅に入るのを拒む人もいる。その場合は、自宅付近を散歩しながら認識のきっかけを作るようにする。少し時間を置くとうまくいく場合がある。

トイレ

自宅のトイレは慣れているので一人でできる人でも、外出先では不安感が先立って混乱しがちである。またサポーターが促さないと排泄できない場合、逆に緊張して頻繁にトイレを使用する場合もある。介護者が配偶者の場合、異性のトイレに入りにくいという問題もある。

事前に外出先が判明している場合は、障害者用トイレ（男女共用）の有無をチェックしておき、できれば30分間隔でトイレが確保できるよう行程を組むことが望ましい。最近はコンビニエンスストアのトイレ使用が期待できるので、公共の施設などと合わせて把握しておくといい。障害者用トイレの場所については、ホームページで調べる

のも一方法である。(例えば、<http://www.toilet-map.com/>など)

尿意や便意を感じていても排泄と結びつかない人はトイレに行こうとしないので、適宜さりげなく「トイレはどうですか?」「一緒に行きませんか?」などの声かけが大切な場合がある。緊張すると失禁することもあるので、必要に応じて着替え、紙パンツ、パッドなどを用意しておく。自分でできることは自分ですよう適切に誘導すべきであるが、本人のメンタル面に注意を払い、排泄に失敗しないようにサポーターが万全な準備をしておくことが必要である。

男性の小便については立位と座位の別を、本人の習慣から把握しておくことも案外大切である。ただし、便器の種類や手すりの位置によっては、座位を薦める場合もある。

また、自分で排泄ができる人でも便器まで誘導することが必要な場合もある。トイレ内の壁と扉の色が同系色であると、扉の見分けがつかないことがあるからである。

電車、駅

割引運賃が適用できる場合に備えて障害者手帳を携帯しておくといい。

駅名と運賃表示の確認、切符の購入、自動改札機の通過という一連の機械操作を苦手とする人にはサポートが必要だ。一方、プリペイドカードを準備している時は、機械のプレッシャーなく自動改札機を通過することができるので便利である。

エスカレーターや階段の昇降、ホームの立ち位置などは危険の回避のためのサポートが重要である。空間認知に障害があるため、歩行障害はなくても階段の昇り降りの段差に不安を感じたり、ホームとレールの大きな段差に注意が向けられない場合がある。駅構内ではエレベーターを使う方がスムーズに移動しやすい。

電車内では、席が空いていれば座ることを薦める。サポーターは横に並んで座るか、もしくは前に立ち、本人がリラックスできるように話しかけるようにする。できるだけ会話を楽しむという姿勢を保つ必要がある。賑やかな車内では車掌のアナウンスが他人の会話と混じって聞こえてしまう場合があり、関心が他の乗客に向いているときは途中の駅で他人に続いて下車してしまうこともあるので、適宜「次の駅ですよ」「さあ降りましょう」とサポートする。

【エスカレーターのサポート例】

Aさんはエスカレーターの手前で立ち止まってしまい、乗ることができない。後ろにいたサポーターは横に並び、自分の足に注意をうながして「乗ります」と声かけを行なう。介護者の足を見ていたAさんはタイミングをはかって乗ることができた。手すりを持っていなかったので「手すりを持ってください」と声かけをする。本人が嫌がらない限りは手すりとは反対側の手を介護者が支持する。降りる際には「降ります」と声かけを行なう。

Bさんはせり出してくる段差に視線をとられ、どうしてもサポーターと一緒に足が

踏み出せない。「先の方を見ましょう」と足元を見ないように声をかけ、サポーターが手をひいて乗ることができた。

行き先（外出目的）

本人は、散歩をしたい、ショッピングに行きたい、花見がしたい、他にも好きなことをやりたいことなどと、人としての当たり前の生活を望んでおり、少しのサポートがあればできる（実現する）ことの喜びを知っている。

本人の外出を家族が好まないケースがあるが、世間体をはばかって家から出られないのか、物理的にサポートが不能なのか、その要因をよく探って解決を図る。サポーター自身が「何もわからない、何も決められない、できるはずがない」と決めつけて行動範囲を狭くしたり、本人に良かれと思って行き先を押し付けたりすることのないようにする。

大事なことは、若年認知症の人であったとしてもその人の意向に添いながら、よく相談して行き先と計画を練ることである。本人が考えあぐねる時は、趣味や好みからヒントを得たり、かつて行ったことのある場所などから候補を選ぶようにする。

疲労

若年認知症の人は、大きな音や光、人ごみなど混乱を招くような過剰な刺激に疲れを感じることが多い。自分から「疲れた」と言えない場合もあり、気分が悪くなったり、イライラ感として表現されることもある。表情や動作に注意し、疲れが出てないかさりげなくチェックすることが大切である。

外出先が、人ごみの多い場所やコンサートなどの大音響のホールであった場合、その場を離れて一息入れることができるようなスペースに行くと落ち着くこともある。

食事・水分

認知症の初期・中期は食事に関する機能障害はほぼないが、関連するいくつかのポイントをあげる。

定期処方薬がある場合は、携帯することを忘れたり、飲み忘れに注意する。また食物アレルギーがある人は事前に把握しておく。脱水に注意し、積極的に水分を摂取すると良い。食欲のコントロールが難しい人の場合は、大皿でとりわけの料理は避け、1人分の食事量が決まったメニューを選択する。一方、お膳にいくつかの料理が並ぶと、視野障害がある場合は見えない料理には手を付けないことがあるので、「こちらのお皿はどうですか」など声をかけて本人に気付かせる。

透明のふたが付いた弁当では、ふたを認識できずにそのまま箸を持っていってしまう場合がある。食べるまでに時間を要してしまうこともあるので、観察しながらさりげなく声をかける。袋に入った菓子を食べる時は、袋の開け方がわからない場合もあるので、本人の気持ちを傷つけないように少しの声かけ支援を心がける。

【若年認知症の会 愛都の会での定例会での外出例】

会の活動そのものを参加者全員（本人・家族・サポーター）がいかに楽しむかということに焦点に当て、何ができるかを話し合った。どんな取り組みにもみんなが参加するということが心の支えとなって、当然のように外出に論議が集中した。味覚狩りや温泉などたくさんの意見交換を経て、次のような外出先を決めた。

これまでの外出先

ルミナリエ（神戸市）、花見（宇治市）、商店街ウォッチング（大阪市の天神橋筋）、ハーベストの丘（堺市）、プロ野球観戦、ボウリング、デパート・ショッピング、焼肉屋、居酒屋

集団行動となるので、家族とともに下見作業を重視し、ゆったりとした行程と安全の確認、サポーターの配置、昼食場所やトイレの確保などの準備を経て、それぞれの取り組みを実現させた。

【Cさんの外出例】

Cさん夫婦は、サポーターとともにピアノと声楽のコンサートに出かけた。初めは舞台寄りの席に座ったが、冷房の風がきつく、ピアノの音の大きさも心配になったので、開演前に後方の席に移った。しかしコンサートが始まったとたんに本人は席を立ってしまった。家族にはコンサートに集中していただき、サポーターが本人に付き添った。「座っていないといけないことはわかっているが、座ってられないんだ」と、終演までの間ホールとロビーを行ったり来たりしながら時間を過ごした。コンサート終盤に客席のみんなで「遠くへ行きたい」を歌ったとき、Cさんも後方で立ったまま歌った。青春時代によく歌ったので歌詞を見なくても歌えたという。

コンサート終了後に喫茶店に立ち寄った。Cさんはサンドイッチを自ら注文し、食べ終わったあとは、座っていることができず店内でも歩き回った。

ところが、サポーターの心配とは裏腹にCさんは「またこういう集まりをやりたい。土曜日会というのはどうかな？」と話した。その日が土曜日だったから、また集まろうというCさんの提案である。そして店を後にしても「なんや、もう帰るんか。もう1軒行こか」と語った。Cさんにとって楽しむことができる一時であったことが伺えた。

2) 家族会以外の活動（地域）の進め方

家族会以外に若年認知症の人が、家族以外の人たちと接する場は必要である。診断を受け、仕事を辞め、介護保険を受けるまでの間、ほとんどの人は、家族会の場だけが他の人たちとの交流の場になっている。地域の作業所などでの社会参加も少しずつ進められており、地域にあるグループ活動に参加する形や、新しい活動を作る形でもはじめられている。家族や本人から相談を受けた場合は、家族会や介護サービスだけでなく、本人の生活をより豊かにし、閉じこもりを防ぐように、地域の活動について

もこれまでの活動が継続できるように、また参加できる活動を家族や本人と共に探すことが必要である。

(1) 既存のグループに参加する

地域にすでにある趣味活動などに参加する場合は、病気前の活動を継続したり、退職後これまでの趣味を活かして参加する場合などがある。これらは地域の人たち、同世代の人たち、同じ趣味の仲間との交流が図れるメリットがある。病気があっても普通の生活を送るという充実感が得られる反面、病気について参加者全員に理解してもらうことが難しく、同じことを繰り返したり、手順を間違える、約束を忘れてしまうなどによってトラブルが起こる恐れがある。トラブルをさけるためのひとつの方法としては、グループのリーダー格の人にだけ病気について話しておき、トラブルが生じないように協力を求めることである。またスポーツなど着替えを必要とする場合は、配偶者は異性の更衣室、トイレに同行できないことから、同性の協力者を仲間の中に作っておくことも必要である。

活動例

- * 地域のテニス同好会に参加する。
- * 卓球場に通い、そこに来ている人たちと卓球をする。
- * カラオケの集まりに参加し、のど自慢大会に出場する。
- * 地域の人が参加している老人ホームのボランティアと一緒にいく。
- * 学生時代のバンド仲間が集まり、音楽活動を再開する。

(2) 新しい活動を作る

新しい活動を作るメリットは、認知症を理解した人をサポーターにすることが可能で、本人の状態に合わせた内容を提供できることである。前述の既存の活動には、それらの活動が行える間は参加できるが、認知症の進行に伴い次第に参加がむずかしくなる。それでも、介護保険の利用では満たされないニーズも多く、本人のニーズに合わせた様々な活動が必要である。ここでは、本事業で新しく取り組んだ「アートワーク」「パソコン」「歌声」の活動について簡単に紹介する。

アートワーク

単なる塗り絵ではなく、絵をかく、色を塗るという作業を認知症の症状に合わせた様々な手法を用いて、ひとりひとり独創的な作品を完成させる。これらの作業を認知症の症状に配慮しながらサポートしていく中で、支援方法、評価方法を明らかにし、介護保険サービスを利用する際に活かす。

パソコン

パソコンを使って若年認知症の本人が、したいことをサポートしていく。パソコンの使い方を訓練するのではなく、パソコンを使って本人が他の人に伝えたいことを文

章にするなど、パソコンを生活の中で役立てられるようにする。

歌声

若年認知症の世代の人たちがなつかしい「歌声喫茶」の雰囲気ピアノに合わせて、なつかしい歌を歌い、昔していた楽器を演奏する。

これらの活動を続けていくための課題と今後求められる方向性

第一の課題は、家族に活動の必要性を理解してもらうことである。若年認知症と診断を受けると、本人は介護が必要な存在と判断される。家族の中には介護以外の社会的な活動への参加の必要性が理解されない場合がある。家族会には家族自身が参加の意思を明確に持って参加するため、それに同行してもらうことは支障がないが、本人のためだけの活動には、家族の理解が得られないと参加できない。

第二の課題は、活動の場所まで行く方法と距離である。若年認知症の人は、認知症高齢者に比べて人数が少ないために、広域から集まることになる。近所なら単独で移動が可能な人も、遠くでは一人の移動が難しく支援が必要となり、家族の付き添いが必要で、家族負担を増すことになる。

第三の課題は、認知症の障害に合わせたサポートの方法や、本人のニーズに合わせたメニューをどのように用意するかである。認知症の症状に合わせたサポート方法は、現在確立されていない。

第四の課題は、継続していく基盤の確立である。

これらのことを解決していくための今後の方向性として、いくつかの既存の制度の利用と新しい試みが必要となる。ひとつは、移動の支援を行うことである。ガイドヘルパーを利用できるように、手続きを支援したり、ガイドヘルパーが本人を適切にガイドできるように、移動支援の具体的な方法をアドバイスする。あるいは、DFサポーター（認知症フレンドシップサポーター）のように新しいサポーター養成を行うという試みもある。

次に、本人の活動の効果を家族が理解できるようにすることである。それには、本人の活動と一緒に参加して支援をするだけでなく、家族自身が楽しむことである。効果を継続的に家族に伝えたり、活動の中で家族へのねぎらいなど、本人から家族へのメッセージを送れるようにする。DFサポーターのように個人をサポートする、認知症の知識を持った“友達”としてのサポーターや、アートワークのような作業を行う方法を学んだサポーターを育てることなど、活動内容の開発と共にサポーターを養成していくことが必要である。

DFサポーターとは

- * DFサポーターは、『認知症フレッドシップクラブ』の活動の一部です。
- * 『認知症フレッドシップクラブ』とは、認知症の本人や家族の方々が、地域の中で安心した生活を営むことができるよう、その暮らしを様々なかたちで応援する独立した非営利組織です。その活動と理念、目的に賛同するクラブメンバーによって構成され、クラブメンバーからの年会費、および個人、企業などの諸団体からの寄付金によって活動を行っています。
- * 活動には、DFサポーターと認知症フレンドシップストアーがあります。
- * DFサポーターは、認知症の方々の趣味活動をサポートする、認知症に関するプロフェッショナルな友人でとしてそばに寄り添う、一緒にその活動を“楽しむ”という支援をします。例えば、一緒に買い物に出かける、レストランへ食事にでかける、コンサートに行く、家で暮をうつなどです。基本的に3時間を1つの単位とし、500円/1時間の料金です。
- * 認知症フレンドシップストアーとは、認知症の人や家族の方々が、気兼ねなく安心して利用できる、認知症バリアフリーを目指す店舗のことで、このような店舗を増やし、協賛企業・店舗を増やす活動をしています。

【ご利用の申し込み・お問い合わせ】

北海道石狩郡当別町金沢1757

北海道医療大学看護福祉学部 看護学科内

認知症フレッドシップクラブ事務局 代表：井出 訓（いでさとし）

電話・FAX 0133-23-1462

E-mail: df-club@hotmail.co.jp

HP: <http://www.hoku-iryo-u.ac.jp/^chikiboo/friendshiptop.html>

詳しい内容や最新の情報は各社にお問い合わせ下さい。

各地域でも同じように調べて下さい。

▼ 関西近辺障害割引・無料制度

私鉄

関西の主な私鉄交通機関は次の通りである。

近鉄	問合せ先	旅客案内テレフォンセンター（9:00～19:00 / 年中無休） 大阪：06(6771)3105 名古屋：052(561)1604	
	内容	身体障害者・知的障害者には運賃の割引がある。発売の際は、身体障害者手帳・療育手帳と、手帳の「旅客運賃減額欄」の種別（1種または2種）を確認。	1種の人が介護者と乗車の場合 本人と介護者の普通券・普通回数券・定期券（おとな）を割引
			子どもの2種の人が介護者と定期券で乗車の場合 介護者（大人）の定期券を割引
			1種または2種の人がひとりで101km以上ご乗車の場合 普通券を割引
阪急	問合せ先	16駅19箇所にサービスセンター	
	内容	第1種身体障害者・知的障害者割引など	介護者付きの乗車の場合 介護者とともに5割引 単独で乗車の場合は割引はなし。（ただし片道101km以上の場合は5割引）
		第2種	割引なし
南海	問合せ先	南海テレホンセンター 06-6643-1005 受付時間 8時30分～18時30分（年中無休 ただし年末年始を除く）	
	内容	身体障害者・知的障害者運賃の割引がある。身体障害者手帳・療育手帳（旅客鉄道株式会社旅客運賃減額欄に第1種または第2種の記載のあるもの）を窓口で呈示	割引率は5割で、10円未満の端数は切り上げ。第1種の人が単独又は介護者とともに乗車する場合及び第2種の人が単独で乗車する場合に発売。ただし、単独で普通乗車券によって乗車する場合は、乗車距離が100キロをこえる区間を乗車される場合のみ発売。
京阪	問合せ先	京阪電車お客さまセンター 06-6945-4560 [平日] 9:00～19:00 / [土休日] 9:00～17:00	
	内容	身体障害者（第1種）または知的障害者（第1種）の割引がある。各自治体で発行する障害者手帳・療育手帳（「旅客鉄道株式会社運賃減額欄」に「第1種」「第2種」の記載のあるもの）が必要となる。係員に提示	身体障害者（第1種）または知的障害者（第1種）の人が介護者と同時に同区間の乗車券を購入する場合、5割引になる。

バス

バス会社によって精神障害者も対象になるところがある。

例えば、金剛バス、大阪狭山市循環バス、高槻市営バスなど。

大阪市営バス・地下鉄

制度	市営交通料金等の福祉措置
内容	大阪市の精神障害者保健福祉手帳を持っている人に市営交通機関(地下鉄・バス・ニュートラム)の無料または割引乗車証を発行している。 1 級：無料（同乗する介護者 1 名も無料） 2 級：無料 3 級：半額
問い合わせ先	各区の保健福祉センター地域保健福祉担当（保健福祉）

タクシー（割引のある会社）

会社名	日進交通（株）
内容	乗車時に手帳を提示すれば運賃が 1 割引になる。
問い合わせ先	〒547-0004 大阪市平野区加美鞍作 2-3-2 電話（06）6791-7422

駐車禁止除外指定車標章

歩行障害があれば精神障害者福祉手帳も申請できる。

問い合わせ先は、住所地を管轄する警察署の交通総務係もしくは大阪府警察本部駐車対策課

駐車場

大阪市道路公社駐車場などいくつか精神障害者手帳提示で割引できるところがある。

（詳しくは <http://www.road.osaka-city.or.jp/orc/park.html>）

▼精神障害者福祉手帳で利用できる施設

●大阪市長居障害者スポーツセンター

場所	大阪市東住吉区長居公園 1-32
内容	プール、卓球、ボウリング、トレーニングなど
利用時間	9:30～21:00
休日	毎週水曜日及び国民の祝日休日の翌日(その日が日曜日に当たる場合は除く) 12月29日から翌年1月3日まで
料金	大阪市及び大阪府下に住所を有する障害者及びその介護人は無料
申込方法	・個人利用の場合 当日障害者手帳等を持参し申請すること。 ・団体利用の場合 使用予定日の3ヶ月前から7日前までに必要書類を添えて申請すること。
問合せ先	大阪市長居障害者スポーツセンター TEL 6697-8681 FAX 6697-8613
最寄り駅	地下鉄御堂筋線長居駅1番出口北へ100m JR 阪和線長居駅東北へ100m
駐車場	有り

●自然史博物館

場所	大阪市東住吉区長居公園
内容	「身近な自然」「地球と生命の歴史」「生命の進化」「自然のめぐみ」と題した常設展示など
利用時間	9時30分～16時30分(入館は16時まで)
休日	月曜日(祝日の場合は翌日)、年末年始、毎月末日(土・日を除く)
料金	大人300円、高校生・大学生 200円(特別展期間中は料金を変更) 中学生以下、市内在住の65歳以上、大阪市及び大阪府下に住所を有する障害者及びその介護人は無料
問合せ先	TEL 06-6697-6221 FAX 06-6697-6225
最寄り駅	地下鉄御堂筋線長居駅、 JR 阪和線鶴ヶ丘・長居駅下車
駐車場	有り

● 大阪市舞洲障害者スポーツセンター アミティ舞洲

場所	大阪市此花区北港白津 2-1-46
内容	プール、卓球、ボウリング、トレーニング、宿泊施設など
利用時間	平日・土曜日 9:00～21:00 日曜日・祝日 9:00～18:00
休日	毎週火曜日、毎月第3月曜日。（ただし、その日が休日の場合を除く） 12月29日～翌年1月3日
料金	大阪府内に住所を有する障害者は無料。また、その介護者(原則1人)は、使用料を免除。
問合せ先	スポーツ施設 TEL 06-6465-8200 FAX 06-6465-8207 宿泊研修施設 TEL 06-6465-8210 FAX 06-6465-8213
最寄り駅	JR「桜島」駅より、シャトルバス 地下鉄千日前線「野田阪神」駅より市バス「舞洲スポーツアイランド」行き(系統81)で「アミティ舞洲」下車
駐車場	有り

● 大阪府立の体育施設の使用料の減免・免除

対象者	精神障害者及びその介助者	
内容	あらかじめ所定の利用申込書及び使用料減額・免除申請書を提出すると、団体利用者は半額、個人利用者は全額免除される。	
施設名と 連絡先	府立体育会館	電話 06-6631-0121
	府立臨海スポーツセンター	電話 072-268-8351
	府立門真スポーツセンター（なみはやドーム）	電話 072-881-3715
	府立漕艇（そうてい）センター	電話 072-268-3100

● 大阪府立博物館等の使用料の減免・免除

対象者	精神障害者及びその介助者	
内容	下記の施設については、入館料が免除となる。ただし、弥生文化博物館・近つ飛鳥博物館、花の文化園、大阪府民牧場では、手帳の提示が必要。	
施設名と 連絡先	弥生文化博物館	電話 0725-46-2162
	近つ飛鳥博物館	電話 0721-93-8321
	泉北考古資料館	電話 072-291-0230
	大阪人権博物館（リバティおおさか）	電話 06-6561-5891
	府立花の文化園	電話 0721-63-8739
	大阪府民牧場	電話 072-734-0220

● 大阪府営公園有料施設等の使用料の減免・免除

対象者	精神障害者及びその介助者	
内容	あらかじめ所定の使用料減額・免除申請書を提出すると、半額又は全額免除される。	
施設名と 連絡先	北部公園事務所（服部緑地・箕面公園・寝屋川公園・山田池公園・深北緑地）	電話 072-822-3801
	南部公園事務所（大泉緑地・久宝寺緑地・枚岡公園・長野公園・錦織公園・石川河川公園）	電話 072-259-8631
	臨海公園事務所（浜寺公園・住之江公園・住吉公園・二色の浜公園・蜻蛉（とんぼ）池公園・りんくう公園・せんなん里海公園）	電話 072-261-3735

● その他府内の施設の使用料の減免・免除

対象者	精神障害者及びその介助者	
内容	窓口で手帳を提示すれば、利用料が減額もしくは無料となる。	
施設名と 連絡先	堺・緑のミュージアム ハーベストの丘	電話 072-296-9911
	海遊館	電話 06-6576-5501
	大阪くらしの今昔館	電話 06-6242-1170
	国立国際美術館	電話 06-6447-4680
	国立民族学博物館	電話 06-6876-2151
	ピースおおさか 大阪国際平和センター	電話 06-6947-7208
	大阪歴史博物館	電話 06-6946-5728
	大阪城西の丸庭園	電話 06-6941-1717
	天王寺動物園	電話 06-6771-8401
	大阪市立美術館	電話 06-6771-4874
	ひらかたパーク	電話 072-844-3475
	咲くやこの花館	電話 06-6912-0055
	ユニバーサルスタジオジャパン	電話 06-6465-3000
	堺市博物館	電話 072-245-6201
	大仙公園内日本庭園	電話 072-247-3670
	自転車博物館	電話 072-243-3196
	ソフィア・堺プラネタリウム	電話 072- 270-5250
	与謝野晶子文芸館、アルフォンス・ミュシャ館	電話 072- 222-5533
	のびやか健康館	電話 072-246-5051
	ワールド牧場	電話 0721-93-6655
	鶴見緑地展望塔	電話 06-6915-2551
	神戸市立フルーツ・フラワーパーク	電話 078-954-1000
	神戸市立王子動物園	電話 078-861-5624
	神戸市立六甲山牧場	電話 078-891-0280
	神戸市立青少年科学館	電話 078-302-5177

▼名古屋市・愛知県障害割引・無料制度

私鉄

名鉄	問合せ先	名鉄お客様センター（電話：052-582-5151） （月曜日～金曜日 8時～19時・土日祝（年末年始含む）8時～18時）	
	内容	身体障害者・知的障害者には運賃の割引がある。発売の際は、身体障害者手帳・療育手帳と、手帳の「旅客運賃減額欄」の種別（1種または2種）を確認。	1種の人が介護者と乗車の場合 本人と介護者の普通券・普通回数券・定期券（おとな）を5割引
			子どもの2種の人が介護者と定期券で乗車の場合 介護者（大人）の定期券を5割引
			1種または2種の人がひとりで101km以上ご乗車の場合 普通券を5割引
愛知 環状 鉄道	問合せ先	本社：0564-32-3911	
	内容	第1種身体障害者・知的障害者割引など	介護者付きの乗車の場合 介護者とともに5割引 単独で乗車の場合は割引はなし。
		第2種	100km超の場合は5割引

バス

バス会社によって精神障害者手帳でも写真があれば対象になるところがある（豊橋鉄道バスなど）

名古屋市営バス・地下鉄

身体障害者手帳・愛護手帳（療育手帳）所有者は、運賃5割引

タクシー

身体障害者手帳・愛護手帳（療育手帳）所有者は、運賃1割引

自治体による助成制度

名古屋市：市営交通機関及びガイドウェイバスシステム志段味線（大曽根～中志段味間）、西名古屋港線（あおなみ線）の全区間を無料乗車できる福祉特別乗車券を交付。

対象者：精神障害者手帳所有者（介助者は1・2級所有者のみ）

愛知県：市町村ごとに、タクシーや循環バスの料金助成制度を設けている。

（詳しくは、愛知県精神保健福祉センターホームページ

http://www.pref.aichi.jp/seishin-c/andante/a_03_01.html

▼精神障害者福祉手帳で利用できる施設

● 公共施設等の利用料全額免除（無料）

市町村	内容	問合せ先
愛知県	大高緑地、小幡緑地、熱田神宮公園、朝宮公園、新城総合公園、木曽川祖父江緑地、尾張広域緑道、あいち健康の森公園の有料施設	建設部公園緑地課
	県美術館(常設展示)、陶磁器資料館(常設展示)、和紙のふるさと(展示館)の観覧料、あいち健康プラザ健康科学館	各施設
一宮市	エコハウス138の温水プール	
稲沢市	萩須記念美術館	
	平和らくらくプラザ(温浴交流健康区域)、祖父江ふれあいの郷(温浴健康区域)	
瀬戸市	民族資料館、瀬戸蔵ミュージアム入館料	
春日井市	サンフロッグ春日井(温水プール)	
	福祉の里(レインボープラザの浴室・トレーニング室)()	
日進市	市スポーツセンター利用料	
大口町	温水プール・トレーニングジム	
北名古屋市	総合体育館個人使用料	
七宝町	七宝町アートビレッジ(常設展示室)	
大治町	スポーツセンター(温水プール・トレーニング室)()	
飛島村	すこやかセンター(温水プール・トレーニングルーム)()	
東海市	しあわせ村温水プール・トレーニングルーム()	
碧南市	海浜水族館・青少年海の科学館	
刈谷市	刈谷市美術館	
高浜市	いきいき広場(マシンスタジオ利用)	
豊川市	ふれあいセンター「ぬくぬく湯」	

蒲郡市	竹島水族館・生命の科学館	各施設
豊橋市	総合動植物公園（のんほいパーク）	
	自然史博物館大型映像及び特別企画展示室、美術博物館、二川宿本陣資料館、地下資源館観覧料（電話：0532-41-2833）	
	豊橋市障害者福祉会館（さくらピア）（ ）	
	豊橋駅自転車等駐車場（東口・西口）の定期減免（6ヶ月毎更新）	
岡崎市	岡崎城、三河武士のやかた家康館、世界子ども美術博物館、岡崎市美術館、岡崎市美術博物館	
名古屋市	東山公園（動植物園、展望塔）、日光川公園プール、白鳥庭園、ランの館、農業文化園（農業科学館展示室、フラワーセンター）、東谷山フルーツパーク（世界の熱帯果樹温室）、徳川園庭園	
	名古屋城、科学館（常設展、プラネタリウム）、博物館（常設展）、美術館（常設展）、障害者スポーツセンター、市営プール（南陽プールのトレーニング室を含む）、総合体育館（プール、トレーニング室）、各スポーツセンター（プール、トレーニング室）、瑞穂運動場（プール、トレーニング室）、志段味スポーツランド（プール、トレーニング室）、黒川スポーツトレーニングセンター（トレーニングサウナ室）、サン笠寺（トレーニングルーム）、蓬左文庫（通常展）	
	総合リハビリテーションセンター（福祉スポーツセンター）、有料自転車駐車場、市民会館、文化小劇場、音楽プラザ、市民ギャラリー矢田の有料駐車場	
	名古屋海洋博物館、ポートビル展望室、南極観測船ふじ、名古屋港水族館	
	総合体育館、各スポーツセンター、瑞穂運動場、市体育館の有料駐車場、博物館駐車場	

（ ）市町村在住者のみ

● 公共施設の利用料軽減（一部割引）

市町村	内容	問合せ先
愛知県	南知多老人福祉館（ピラ・マリーン南知多 電話：0569-63-1175） 湯谷老人福祉館（電話：05363-2-1243） 老人休養ホーム永和荘（電話：0567-32-1888）（利用料割引）	各施設
一宮市	ツインアーチ 138（半額）	
	一宮温水プール（半額）	
	エコハウス 138 の温水プール（割引）	
	ゆうゆうのやかた（半額）	
尾張旭市	尾張あさひ苑（宿泊料割引）	福祉課
春日井市	勝川駅前地下駐車場（割引）	（株）アーバン・ ルネサンス勝川 （電話：34-6800）
小牧市	パークアリーナ小牧（トレーニングジム、フィットネススタジオ）（割引） 温水プール（割引）	各施設
半田市	半田福祉ふれあいプール	
常滑市	温水プール（障害者料金で入場可）	
東部知多 衛生組合	温水プール（割引）	
高浜市	かわら美術館（半額）	
刈谷市	ウォーターパレス K C 温水プール（半額）	
知立市		
安城市	歴史博物館、デンパーク、丈山苑、マーメイドパレス、スポーツセンター（半額）	
西尾幡豆 広域連合	ホワイトウェーブ 21（プール、入浴、トレーニングルーム）	西尾幡豆広域 連合総務課
幸田町	幸田町民プール	

新城市	ゆうゆうアリーナ(半額)	各施設
	やまびこの丘(申請すると半額)	
新城市	サイクリングターミナル(申請すると割引)	
豊川市	総合体育館(トレーニングルーム及びエアロビクス教室)(半額)	各施設
	ジオスペース館(プラネタリウム)(半額)	
小坂井町	B & G 財団小坂井町海洋センター(割引)	
蒲郡市	ラグナシア	
名古屋市	博物館(特別展) 美術館(特別展) 科学館(特別展)	
	名古屋ボストン美術館	
	久屋・大須・古沢公園・吹上・池下駐車場	
	有料公園駐車場、東谷山フルーツパークの駐車場(市長の指定する行事の開催期間) 御岳休暇村	
	休養温泉ホーム松ヶ島	

(愛知県精神保健センターホームページより)

102頁から106頁の執筆は、高見雅代(国立長寿医療センター ソーシャルワーカー)による。

第 1 2 章 介護保険

1) 介護保険と障害福祉サービスの併用

介護保険は、高齢者をイメージして作られているサービスであり、サービス内容は身体介護が中心である。若年認知症の初期には、いかに活動的に過ごし認知症の進行を遅らせるかが重要であり、排泄の介助や、食事の介助といった身体介護は必要ない。このような時期には、介護保険よりも精神障害福祉サービスの利用の方が有効で、前述の社会活動に参加したり、これまでの生活で普通に行ってきたこと - 本屋に行く、映画を見るなど - ができるように、移動支援事業（ガイドヘルパー）を利用するとよい。

移動支援事業の窓口は、市町村区役所の介護保険課とは別で、障害福祉課の窓口である。現在の制度は、介護保険優先であるから、介護保険を既に利用していると、障害福祉サービスは受けられないといわれることがある。しかし移動支援事業は、介護保険にないサービスであるから、本来は受けられるはずなのである。若年認知症のことや移動支援の必要性について認識が不十分な担当者がいるためである。このような場合は、何故必要であるかを窓口担当者が理解できるように説明することが必要になる。これは、家族だけでは困難なので、包括支援センターの職員などが家族をサポートする。

しかし、時期や場合によっては、障害福祉サービスと介護保険の両立が必要であり、本人の状態が変わって寝たきりに近くなっていけば、身体障害福祉サービスと介護保険の両方を利用することになる。

2) 介護保険サービスの利用方法

(1) 要介護認定を受け介護度が決定するまで

介護保険を利用するためには、要介護認定という調査を受けなければならない。役所の介護保険課に申し込むと、調査員が自宅や施設、病院にも出向いて面接が行われる。審査結果が出るのに1ヶ月ほど時間が必要となる。入院している場合は退院してからと思わないで、入院しているうちに調査を受けるようにする。

認定には、かかりつけ医の意見書が必要なので、できれば現在認知症の治療を行っている医師に書いてもらう。

若年認知症の場合は、40歳から64歳までは、「第2号被保険者」に該当した場合のみ、介護保険が利用できる。「第2号被保険者」に該当する疾患名は次に示すとおりである。残念ながら現行では、39歳以下の人は介護保険の対象とならない。

第 2 号被保険者に該当する「老化が原因とされる 16 種の病気」

がん

関節リウマチ

筋萎縮性側索硬化症

後縦靱帯硬化症

骨折を伴う骨粗しょう症

初老期における認知症 *

進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 *

脊髄小脳変性症 *

脊柱管狭窄症

早老症

多系統萎縮症

糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症、及び糖尿病性網膜症

脳血管疾患 *

閉塞性動脈硬化症

慢性閉塞性肺疾患

両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

(* は若年認知症の原因となる疾患)

家族の中には、要介護度が高くなると利用料があがるので、それを避けたいという人もいる。しかし、本人の状態像と介護の手間を的確に表した要介護度であれば、必要なサービスを受けるために、保険でまかなわれる範囲が広がったと理解してもらおう。

(2) ケアプランの作成

介護支援専門員（ケアマネジャー）が、サービスの調整を行うためにケアプランを作成する。家族や本人が、自分でケアプランをたてること（マイケアプラン）もできるが、サービスの調整やサービス事業所との連絡など煩雑なので、介護支援専門員に依頼する方がよい。介護支援専門員は、月 1 回利用者を訪問しなければならず、ケアプランは、家族が定期的にもらうことによって、本人や家族の希望とサービス内容が一致しているか確認することができる。

介護支援専門員の選び方

家族会などで他の家族から紹介してもらう

できれば、これまで若年認知症の人と家族を支援してきた経験のある人を選ぶ

必ず近所の事業所を選ぶ

認知症以外の合併症を持っている場合は、いつも治療を受けている病院の関連する事業所を選ぶ

家族だけでなく、本人の意見も聴こうとする人を選ぶ

自分が今若年認知症になったらと自分のこととして考えてくれる人を選ぶ

(3) 在宅サービスの選び方、利用

デイサービス、デイケア

高齢者ばかりの中に、若年認知症の人が参加するのは、抵抗感がある。できれば若年認知症の人専用のデイサービスや、専用のスペースを持っているところを選ぶ。認知症のケアに慣れていないデイサービスでの受け入れは難しいため、若年認知症専用のサービスがなければ、認知症専門のデイサービスを紹介する。初期の頃は、出来ることも多いので、本人に仕事の場として参加してもらい、その場に慣れてもらうという方法をとることもある。若年認知症の人は、他の利用者との関係というより年齢が似ている職員との関係が築けることが重要である。

若年認知症の人が、高齢の認知症の人に支えられていた例

Aさん(アルツハイマー病)が、デイケアの利用するようになったのは54歳の時でした。180センチ以上ある体格のよい男性のAさんは、女性スタッフが重い物を持っていると、代わりに持ってくれようとするやさしいところがありました。また、デイケアを利用しなくても十分自宅で過ごせる状態でしたが、Aさんが働けなくなった分Aさんの妻が仕事に出るため、デイケアを利用しはじめたのでした。デイケアでAさんは、スタッフの手伝いをする以外の時間は、タバコを吸い手持ち無沙汰なようでした。そんなある日、90歳のBさんという女性が新しくデイケアを利用されるようになりました。Bさんは、穏やかで社交的な人でしたが、何度も同じことを話し、また一日に何度も杖をついてトイレに行きました。Aさんは、いつごろからかBさんのトイレに行く道をエスコートするようになりました。Bさんは、身長140センチに満たなかったため、Aさんとの身長差は40センチくらいありました。Aさんは母親を見守る息子のようにBさんに寄り添っていました。ところが、1年ほどして、Bさんが娘と同居することになり、デイケアに来ないようになりました。AさんはBさんがいなくなると、認知症が急に進行したかのようになり、家で食事をしなくなりました。次第に、妻だけで家でみることができなくなり、施設入所となりました。人には、支えられるだけでなく、自分が支えよう支えていると思える存在が必要なのかもしれません。通所系サービスは家族とはまた違った人間関係を作れる場でもあります。

(4) グループホームや施設などのサービスの選び方、利用を考える

在宅で介護することが、本人にとって一番よいとはかぎらない。若年認知症の人は、体力があり、症状も様々で、家族の介護負担も大きい。家族の介護負担が過剰で十分な介護ができなかったり、介護のために経済的に不安定な生活になると、症状が進行したり、共倒れになることも少なくない。認知症の初期からグループホームや施設を色々と見学や、家族会などで利用している家族の話を聞くような機会を作ることが必要である。

(5) モニタリング、サービス担当者会議

介護支援専門員は1カ月に一度、モニタリングのために訪問し家族と本人に会わなければならない。また、サービス提供が適切に行われているか確認するために、サービス担当者会議を行わなければならない、これには家族や本人が参加できる。

どうやったら上手く使ってもらえるか

家族や本人は、家族会などの本人の活動に参加することで、集団の中での過ごし方のイメージを持ちやすくなる。初期からこのような活動に参加すると、介護保険サービスへの移行はスムーズにいく傾向にある。家族会などの本人の活動になじまない人は、集団の活動自体が苦手である。この場合、無理にデイサービスなどを勧めず、訪問介護など訪問系のサービスから始め、本人の状態に合わせてサービスを変更していく。訪問系のサービス実施時は、家族はなるべく外出し、本人が他の人に慣れるようにする。

介護保険サービス導入が上手くいった例

事例；Cさん、55歳、女性、アルツハイマー病

Cさんは夫と二人暮らしで3年前に診断を受けてから、家の中でほとんどの時間をすごしている。家事は従来はCさんが行っており、大変几帳面で料理上手だったという。訪問介護のヘルパーが訪問し挨拶すると、「帰れ！」とすごい剣幕で怒っていた。2回目からは、夫にさりげなくヘルパーと入れ違いに外出してもらい、ヘルパーは何もせずにしばらく家の中に座り、頃合を見てヘルパーが「申し訳ありませんが、トイレを貸していただけませんか」と言うと、「どうぞ」と言い、怒る様子がないのでトイレに行き、トイレ掃除をした。洗濯物のとりこみも「雨が降りそうなので取り入れますが、受け取っていただけませんか」と、介護されているということを感じさせないように言葉がけしていくと介護を拒否することがなくなった。

介護保険導入が上手くいかなかった例

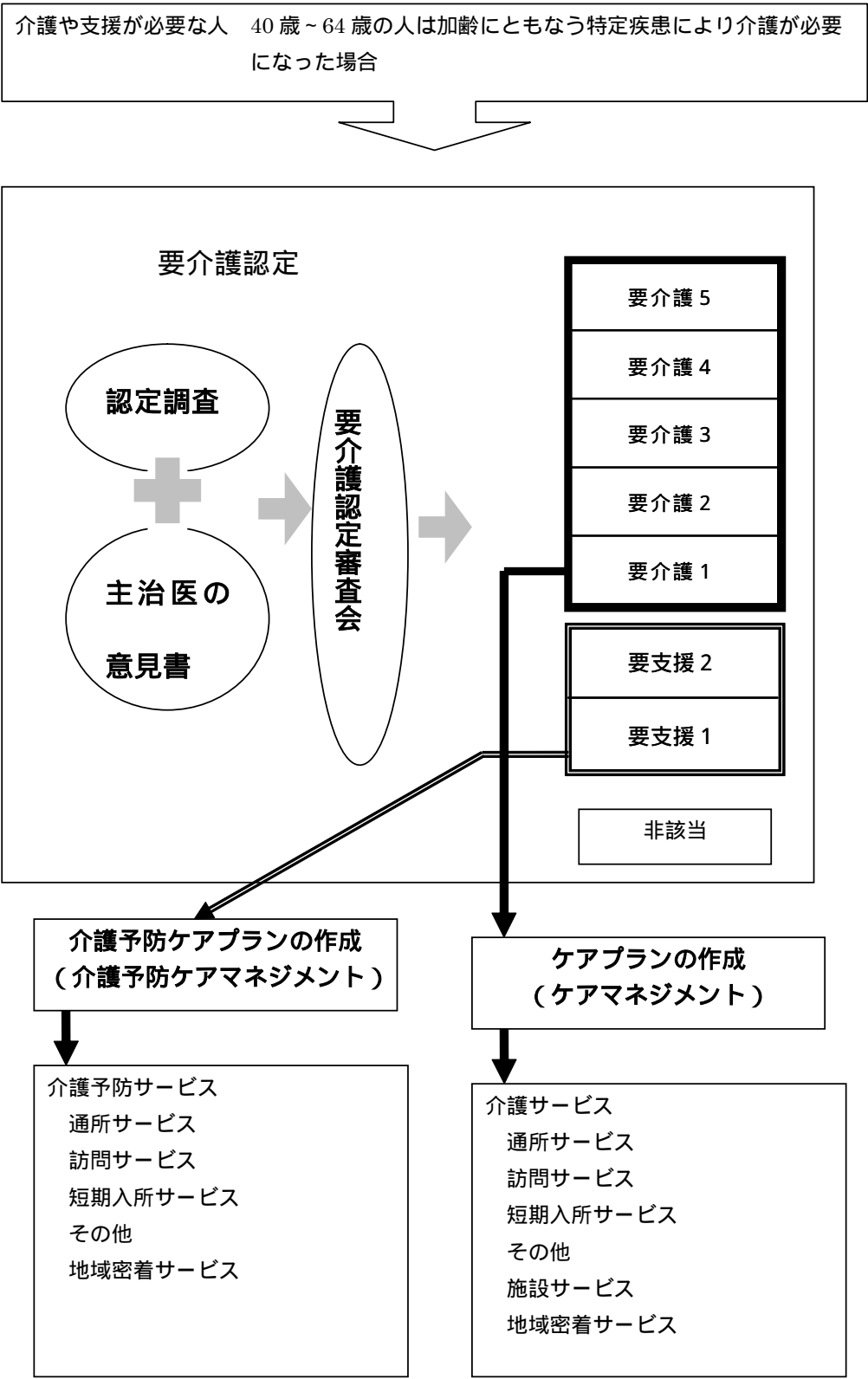
事例；Dさん、58歳、女性、アルツハイマー病

Dさんは夫と二人暮らし。近所に息子が住んでおり、時々息子が母親の様子を見に来ていた。夫は仕事をしており家事も不得意だったため、Dさんが家事ができなくなってからは、大変負担が大きかったようだが、息子や介護支援専門員のアドバイスはほとんど聞き入れなかった。訪問系のサービスは、家に誰も入ってほしくない拒否し、デイサービスは送り出しが上手くできず欠席することが多かった。ショートステイも利用日に準備が遅くなり、夕方から翌日昼までの利用とほとんど夫のレスパイトになっていなかった。本人のやせがめだち姿勢が悪くなり、1年ほどで全く話ができなくなり、施設でのロングステイを利用することになった。

Cさんは、介護拒否があったケースだが、本人のペースを重視したサービス提供を行うことで、サービス利用を可能にしたケースである。Dさんは、介護者である夫が介護をうまく行えない状況であるのに援助を求めなかったことが原因でケアが不十分になり、認知症そのものが進行してしまったのではないかと考えられる例である。若年認知症の場合、Dさんの夫のようなケースは、夫自身がうつ傾向にあり、考えたり決断することができない、あるいは介護サービスに対して異なる考えを持っていて利用できないなどの理由が考えられる。

介護支援専門員は、介護者が何故サービス利用できないのか原因や背景を考え、それらに合わせた対応が求められる。その時に重要なのが、若年認知症の人やその家族は、高齢者とは異なるライフステージにあることを忘れないことである。

介護保険のしくみ



第 13 章 家族への援助

1) 配偶者への援助

若年認知症の場合は、配偶者が主たる介護者であることが、ほとんどである。定年になったら夫婦で何かをしようと思っていた人も少なくない。診断後のショックは、本人と同様である。

仕事で経済的に家庭を支えていた人が認知症になった場合には、配偶者や誰かが代わりに働かなければならなくなることもある。家事で家庭を支えていた人が認知症になった場合は、やはりその役割を誰かが担わなければならなくなる。配偶者同士で支えあっていた分を、一方の配偶者がすべて担わなければならなくなる。慣れないことをしなければいけないことも多い。診断のショックと、生活の中での苦勞、そこに介護、育児、教育なども加わることもある。

このような重なる苦痛に、抑うつ症状などが生じ、やる気が出ない、決断できない、物事がうまくいかないと他人を攻撃するなどの症状が生じることがある。症状によっては、精神科や心療内科の受診を勧める必要がある。何よりも癒しになるのは、同じ立場の家族と出会い体験を共有しあうことである。若年認知症の家族会では、同年代の同じような症状を持つ家族に出会える機会がある。

また若年認知症は、介護者である配偶者も若く一見元気であるように見えるが、自分自身の健康管理が不十分になることも少なくないので、健康管理に気をつけるようにはたらきかける必要がある。

2) 子供への援助

子供への援助は、年代によって異なる。しかし、例えば小学生以下であっても、親の病気について説明を受けることは重要である。認知症によって親が変わった存在になってしまうことは、子供たちにとって不安につながる。親に頼りたいのに、頼れない、自分の人生が変化したことに怒りや、現実を直視したくないといった感情も生じる。親の病気のことを理解力に合わせて説明し、親との残された時間を子供たちが悔いのないように過ごせることが重要である。

同時に子供世代の人たちと話し合えるような場が必要だが、配偶者と異なり子供世代の人たちは、集いに実際参加しても、同じ立場の子供と出会えない、勉強や仕事で時間がないなどの理由で参加することが難しい。このため、インターネットを利用した交流が試みられているので案内してほしい。

若年認知症の介護は、20 年近くに及ぶ場合もあれば、窒息・誤嚥などにより数年で突然終わってしまう場合もあり、子供として親の介護に無関心であってほしくないが、

自分の人生の計画を介護のために変更して、後悔するようなことがないようにしてほしい。何故なら多くは、親がそれを望んでいるわけではないからである。親は、助けてほしいと思う反面、子供は子供の人生を歩んでほしいと願っている。若年認知症の親を持つ子供世代は、受験や進学、恋愛、結婚、出産、子育てと人生の大きなライフイベントを迎える時期にある。介護を理由に進学や結婚をあきらめないように、数年後、十数年後を見据えた人生選択が行えるように支援する。就学資金など経済的な支援制度もある。兄弟が複数の場合は、役割が分担できるようにする。

さらに、遺伝の問題は大きな不安であるが、その確率は一般的には高くないので、不安になった時に相談するように伝えることも必要である。

3) 親への援助

介護者が親である場合は、自分の老後をどう乗り越えるかという課題を抱えながら介護することになる。配偶者や子供世代が介護するよりも体力的に負担が多い場合もあるので、本人が必要時に入院できる病院や、入所できる施設の情報が早い段階から必要である。

また、親が主たる介護者でない場合は、本人の配偶者などが介護することに過干渉になる場合もある。家族会などで同じ世代の人と交流し、妻の立場で介護している人、してきた人（高齢でもよい）に、息子の妻の立場からの意見も聞いてもらう。

4) 兄弟への援助

兄弟姉妹の場合も、遺伝の心配がある場合が多いが、その確率は高くない。兄弟の介護に多少なりとも関わることで認知症への理解を深めてもらう。

5) 息子の妻への援助

息子の妻の立場で主たる介護者となる場合、高齢者介護と異なるのは、子供世代と同様に出産や子育ての時期にあることである。必要時にショートステイが使えるようにしておく。息子の介護の協力も得られるように支援する。

6) 独居者の場合

症状の進行に応じて生活を支える工夫が必要である。ある人は、携帯電話のナビゲーターを使って移動を行ったり、アラームを使って服薬をしている。このような現在の生活をおくるための工夫と同時に、自分で必要時に入所を決断できるように、施設の見学を早期から行ったり、意思決定が不確かになった時のために後見人を選んでおくなどの手助けを行う。

7) 継続的な相談

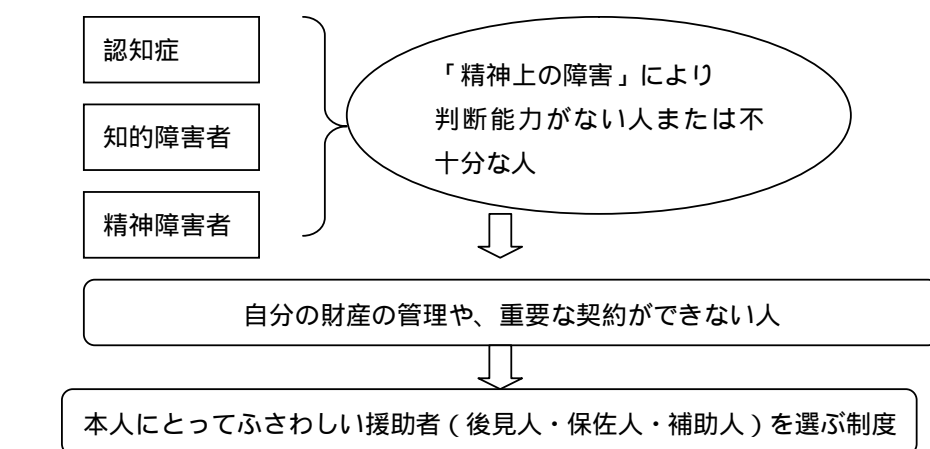
家族は、一度にいろいろな情報を得ても混乱し、必要な時に情報を活かさないこともある。症状の変化や、困ったとき、家族が心の葛藤をどうしようもない時に継続的に相談できる場所が必要である。支援者は、若年認知症の支援の経験がなくても、自分がもし今認知症になったらどういうことがおこるか想像して、家族の相談にあたってほしい。症状についても質問に即答できない場合は、専門家にたずね後で答えるようにする。支援者も一度の相談で解決しようとせず、あせらずに継続的にかかわり、若年認知症の知識や家族・本人の声を聞ける研修などを受講しよりよい支援ができるように見識も深めてほしい。

第 1 4 章 財産管理・身上監護 (生活支援)

日本成年後見法学会は、平成 18 年に「交通事故を原因として高次脳機能障害となった人の成年後見制度の活用」の調査結果を公表した。高次脳機能障害は男性が 8 割、年齢は、20 歳～30 歳代が 7 割を占めた。また家族との同居が 9 割である。その家族の困りごとは、財産管理が不安(親亡き後)・就労不安・消費者被害の 3 点が上位を占めた¹⁾。このような現実をふまえ、この章では、若年認知症の財産管理や身上監護の支援について、成年後見制度を中心に紹介する。

1 成年後見制度の理念

成年後見制度は、民法の一部改正、民法の一部改正の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律、任意後見契約に関する法律、後見登記等に関する法律、以上 4 つの法律の総称として、平成 12 年 4 月 1 日に施行された。この制度設計の理念は、自己決定の尊重、残存能力の活用、身上監護の重視、ノーマライゼーションから構成されている。特に、自己決定の尊重と身上監護の重視は基本理念とされている。成年後見人等は、本人(被後見人等)の生活、療養看護及び財産の管理に関する事務を行うに当っては、成年被後見人等の意思を尊重し、かつ、その心身の状態及び生活に配慮しなければならない(民法第 858 条)。これまでの自立と依存の関係の自立(平等)支援はもとより、自律と他律の自律つまり、尊厳を尊重する支援の考え方である。併せて、生活支援という身上監護が重視されている。



資料 名古屋家庭裁判所後見センター

図 1 成年後見制度

表 1 若年認知症の財産管理や生活支援の制度

小 ↑ サ ポ ー ト の 必 要 性 ↓ 大	種類	本人の判断能力	サポートの内容	手続機関	大 ↑ 本 人 の 権 利 行 使 ↓ 小
	日常生活自立支援事業	日常生活に手助けは必要だが、一人で契約などの判断をする事が不安、金銭等の管理に不安な人	生活支援(福祉サービスの利用援助、情報提供等)金銭管理(預貯金の出し入れ、現金渡し)財産保全(権利証、通帳、印鑑等貸し金庫に保管)	地域の社会福祉協議会等。社会福祉協議会と本人契約、相談機関：市町村地域包括支援センター	
	任意後見制度	現在は判断能力があるが将来判断能力が不十分になった場合に備えたい人	財産の管理や介護サービス等生活支援に関する支援を自分で委任範囲を決める。監督は任意後見監督人、法律行為の取消権はない	公証人役場で任意後見人を決め後見内容の公正証書を作成、家庭裁判所が任意監督人を選定	
	法定後見制度	補助類型 判断能力が不十分(日常生活可能、しかし契約や預貯金管理が一人では不安な人)	本人の同意のある項目について、契約行為を代行したり、取り消しを行う範囲を裁判所が決定	本人、四親等内の親族、市町村長等が家庭裁判所に申立て、家裁補助人選定 相談機関：市町村地域包括支援センター	
		保佐類型 判断能力が特に不十分(日常的な買い物可能しかし重要な財産行為は一人では不可能な人)	一定の重要な行為に同意・取り消しを行う。 預金の管理など代理権に関しては本人の同意があるものから裁判所が決定	本人、四親等内の親族、市町村長等が家庭裁判所に申立て、家裁保佐人選定 相談機関：市町村地域包括支援センター	
		後見類型 判断能力まったくない(一人で日常買い物不可能な人)	本人の財産に関する法律行為についての全般的な代理権を持つ。本人が日常行為以外の行為に関して取り消しができる	本人、四親等内の親族、市町村長等が家庭裁判所に申立て、家裁成年後見人選定 相談機関：市町村地域包括支援センター	

最高裁判所「成年後見制度」、愛知県社会福祉協議会「福祉サービス利用援助事業」、平成18年7月23日「日本経済新聞朝刊」を参考に柿本作成

2 成年後見制度の内容

成年後見制度は、認知症、知的障害、精神障害等によって物事を判断する能力が十分でない人について（以下「本人」として使用）本人の権利を護る援助者（以下「成年後見人等」等として使用）を選ぶ事で、本人を法律的に支援する制度である（図1参照）。さらに後見制度は、表1のように、法定後見制度と任意後見制度に大別される。

法定後見制度

法定後見制度は、本人の判断能力が不十分になってから利用する制度である。家庭裁判所はさらに、本人の判断力に応じて後見人等三つの類型にて選任する。本人の判断能力がまったくない場合は後見人、本人の判断能力が著しく不十分な場合保佐人、判断能力が不十分の場合は補助人を選任する。サポートの内容として、後見人の場合、本人の財産に関する法律行為についての全般的な代理権を持ち、本人の日常行為以外の行為に関して取り消しができる。保佐人の場合、一定の重要な行為の同意・取り消しを行う。預金の管理など代理権に関しては本人の同意があるものから裁判所が決定する。補助人の場合、本人の同意のある項目について、契約行為を代行する。取り消しを行う範囲を裁判所が決定する。一方、制度を利用した場合には資格などの制限がある。後見型の本人は選挙権を喪失する。また、後見類型と保佐類型の本人は医師、税理士等の資格や会社役員、公務員などの地位を失うことになる。

任意後見制度

任意後見制度は、本人に十分な判断能力があるうちに、将来、判断能力が不十分になった場合に備えて、あらかじめ自らが選んだ代理人（任意後見人）に自分の生活、身上監護（生活支援）に関する事務について、代理権を与える契約（任意後見契約）を公証人の作成する公正証書によって結んでおく制度である。さらに、本人の判断能力が低下した場合、家庭裁判所で、本人の任意後見監督人が選任されて初めて、任意後見契約の効力が生じる。任意後見契約には、将来型、移行型、即効型の3種類がある。サポートの内容として、財産の管理や生活支援に関する支援を自分で委任範囲を決める。任意後見人に、法律行為の取り消し権はない。一方、任意後見監督人は、破産者や家庭裁判所で免ぜられた、法定代理人、保佐人、補助人、それと、本人に対して訴訟をし、またはした者及びその配偶者並びに直系血族は、選任されない。

後見人等の仕事

後見人、保佐人、補助人及び任意後見監督人は家庭裁判所が選任する。後見人等の開始件数は平成19年3月現在約12万件である（最高裁判所）。後見人等と本人の関係では、親などの親族が約80%、職業後見人（弁護士、司法書士、社会福祉士等）が約14%、法人後見が約1%である。後見人の仕事は、身上監護（生活支援）と財産管理に大別される。身上監護の主な業務は、介護サービスの利用契約や、施設への入所契約、治療・入院の手続き等である。財産管理の業務は、財産内容の把握、年金・

不動産収入等の受領、預貯金通帳・不動産登記済証・保険証書等の保管、家庭裁判所へ定期的な財産状況報告等である。但し事実行為（契約締結に代表される行為が法律行為である。その反対が事実行為である。例えば施設入所契約は法律行為である。これに対して、施設での現実の介護は事実行為である。施設探しや定期訪問は、法律行為に付随する事実行為といわれている）や医療行為の代諾、一身専属権（権利者個人だけが行使できる権利。他人による行使が許されず、他人による譲渡または相続されない権利。つまり、後見人等が代理して行なうことが許されない行為）はできない。また、施設職員が施設入居者の成年後見人等になることは、利益相反行為となるため、できない。万が一成年後見人等が財産管理等不適切な行為があった場合、成年後見人を解約されるほか、民事責任や刑事責任を問われることもある。近年、2つの特筆すべき傾向がある。その一つは NPO 法人、社会福祉協議会等の法人が成年後見人等になり、個人の成年後見人等と同様に後見事務を行う法人後見支援センターの設立が活発化している。二つ目は、自治体等が中心となって、市民後見人の育成が盛んである。地域の住民同士で守り合う仕組みを整えることが期待されている。なお、後見人等の報酬は本人の資産等を考慮して家庭裁判所が決定する（職業後見人の費用は月額平均3万円程度といわれている）。

3 成年後見制度の利用方法

成年後見制度の手続き機関は、家庭裁判所である。また、成年後見制度の主な相談窓口として、弁護士会、司法書士会、社会福祉士会、公証人会等が専門の相談センターを開設している。平成18年4月からは、市町村の地域包括支援センターが成年後見制度の相談窓口としての役割を担っている。

家庭裁判所

図2は法定後見の申立て手続きの流れである。先ず申立ての準備をする（書類はインターネットで入手可能）。費用は、申立て手数料印紙800円、登記印紙4,000円、鑑定料予納金（5万円から10万円位）、郵便切手代等である。家庭裁判所は、申立て書を受付（申立て人・後見人候補者に面談、鑑定料納付）。その後、本人と面談、親族に対する調査、医師による精神鑑定、そして審判。後見人等が選任された場合、第1回後見事務報告、家庭裁判所による後見監督を開始。後見人等の仕事は、本人が死亡するか、判断能力が回復するまで続く。なお、審判に不服がある場合、申立て人は、2週間の間に不服申し立て（即時抗告）をすることができる。但し誰を成年後見人に選任するかという家庭裁判所の判断については、不服申し立てはできない。

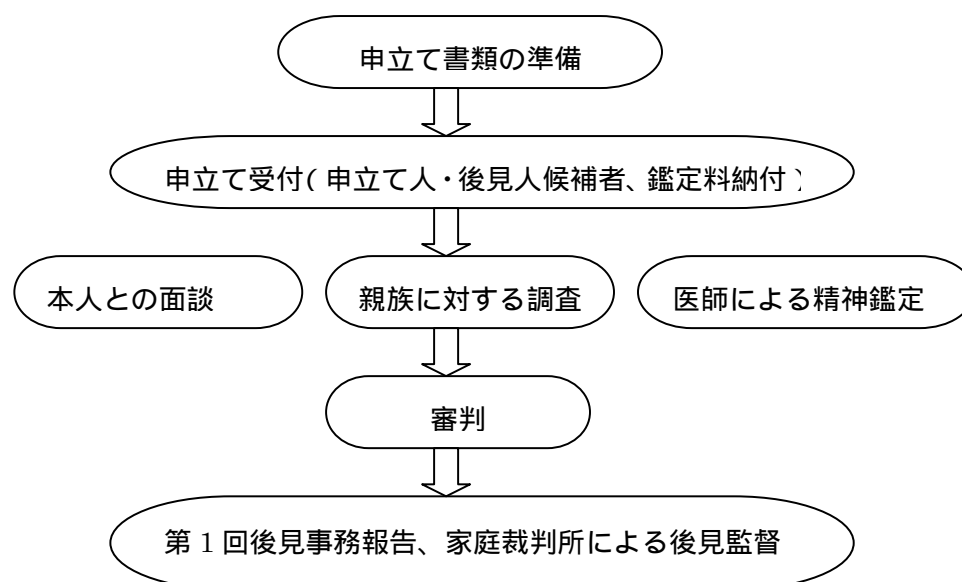
地域包括支援センター

地域包括支援センターは、高齢者人口3千人から6千人の割合で、各市町村に設置されている（社会福祉協議会等への委託を含む）。地域包括支援センターの基本機能の

一つに権利擁護業務がある。その権利擁護の視点から、成年後見制度の相談に応じ適切なサービスにつなぐ役割が求められている。また、成年後見制度の広報活動や地域の医療機関との連携を確保する役割もある。なお、地域包括支援センターの職員である社会福祉士等が成年後見人となることは想定されていない。

成年後見制度利用支援事業

成年後見制度は、私的自治の原則（私人間の権利義務の関係を成立させることは、個人の意思に任せるのが最も合理的である。国家がこれに干渉すべきではない。つまり本人が自己決定を行い、本人が自己責任をとることである）が貫かれている。しかし、介護保険の契約等に際して、本人の判断能力や意思能力が不十分で契約当事者や審判の申立てを行う親族がいない場合、あるいは、本人の資力から後見申立て費用や後見報酬の支払いが困難な場合、成年後見制度利用支援事業（国庫補助事業）がある。但し、予算化していない市町村もある。



資料 名古屋家庭裁判所後見センター

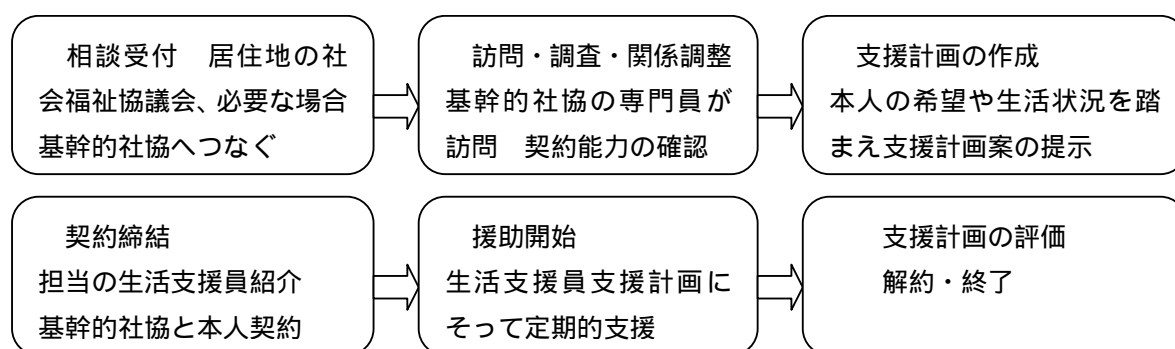
図2 成年後見人等の手続きの流れ

4 日常生活自立支援事業の内容と利用方法

日常生活自立支援事業（旧地域福祉権利擁護事業）は、判断能力が十分でない人を対象に、利用者との契約に基づき、福祉サービスの相談に応じ、助言や情報提供などにより、地域で自立した生活が送れるようにすることが目的である。平成11年10月に介護保険制度の要介護認定の時期に合わせ、厚生労働省の補助事業として開始された。補助対象は都道府県社会福祉協議会である。手続き機関は、都道府県社会福祉協議会から市町村社会福祉協議会等へ委託されている。利用対象者は、認知症、知的障

害者、精神障害者等判断能力や意思能力が不十分なため日常生活が困難な人である。認知症の診断がなくても若年認知症の人も対象になる（東京都社会福祉協議会）。しかし、契約締結能力が求められている。サポートの内容は、表 10 のとおり、生活支援、金銭管理、財産保全のサービスである。利用者の判断能力の低下に応じて、成年後見制度との連携が必要である。

利用方法は、図 3 のとおり、相談受付は社会福祉協議会である。利用が必要と判断された場合、基幹的社会福祉協議会の専門員が、同事業の契約締結ガイドラインに基づき訪問調査。支援計画案が作成され、契約締結となる。その後、支援計画に沿って生活支援員が配置され、サービス開始となる。基幹的社会福祉協議会の専門員は定期的に利用者を訪問、支援計画を確認する。利用者からの解約申し出等があった場合解約・終了となる。なお、相談料は無料であるが、契約締結後の援助は有料である。例えば金銭管理サービスの場合、1 回 1 時間まで 1,000 円から 2,500 円程度である。



資料 東京都社会福祉協議会

図 3 日常生活自立支援事業の手続きの流れ

第 15 章 グリーフケア

はじめに

若年認知症の人が終末期を迎える際に、その人の自己決定に基づくケアや医療が行われ、意思を尊重することが大切であることは今さら述べるまでもないが、その人を見送った後の介護者や介護家族（以下、遺族）の心は、本人の自己決定にもとづく終末期ケアが成し遂げられれば悲嘆の期間からすぐに立ち上げられるものではない。大切な人を若年認知症で失った家族の心はまるで「心的なトラウマ」を受けたかのように傷つき、その回復には時間をかけて適切なケアを経た後にはじめて達成できる。

本稿では若年認知症の人を見送った遺族が、その心の傷から立ち直るための「グリーフケア」の際に、周囲の人や支援者が心がけるべきポイントについて論じる。

トラウマとなる死別を体験した遺族とは

一般的な高齢者の場合でも家族の一員を亡くした遺族には悲しみと向き合う時間が必要であるが、さらに若年認知症という心理的にも経済的にも負担の大きい疾患を支えた遺族の場合、ケアの体験はある種のトラウマに似た衝撃を受けていることがある。遺族の心身の状況を考えると、大別するとその症状には死後直後（急性期）、慢性期、再適応期に分けて考えられる。

1：死別直後（急性期）

ショックと否認

本人が亡くなってから数週間ないし数カ月続く。この時期の遺族の心は計り知れないほどの衝撃を受けている。特に若年認知症では高齢発症の認知症の経過と比べても一般的に進行が早いのが特徴である。必ずしもすべての例の経過が早いとは言い切れないとしても、若年発症では急激な状態像の変化が多く、介護している者が思ってもいないほど、「あっという間に」亡くなる例もある。

大切な人を亡くす場合にも、ケアを通してゆっくりと時間をかけて本人との別れができる場合と、そうではない場合には、当然ながら遺族の心には違いがある。若年認知症は後者の場合が多く、ショックの時期とその直後から始まる否認の時期を、遺族が安堵できる雰囲気の中で支えられることが不可欠といえる。

悲嘆の苦悶

その後に訪れるのが悲嘆の苦悶の時期である。本人との死別が現実にしたことで、すると実感する段階になると、遺族は激しい感情の揺さぶりに直面する。

2：慢性期

本人の死後数カ月からは慢性期の症状がみられる。大きく分けると心理的症状、身体的症状、社会的な症状があるが、経過の中で悪条件が重なる場合には精神障害が出ることに細心の注意を払わなければならない。

慢性期の心理的症状には次のようなものがあげられる。

：憂うつ、悲哀感

悲しみが長く続くだけでなく、気分がふさいで陰鬱になることは最も多い精神症状である。精神障害まで至っていないが気分がすぐれない状況が長く継続する。平均的な場合でもそのような気分は6か月程度続くが、その長さは遺族の個人差が大きく、最長の場合には7年続いた例がある。この反応は遺族となった直後の介護者が、その後の生活を孤独の中で送るか、周囲との交流の中で送るかによって大きく異なる。一般的な傾向としては、遺族となったあとも社会から孤立することなく、他者との関係を保ちながら自らの内面を自然な形で周囲の人に「言語化」できる人の方が、自分の中の悲嘆感情を受け入れていくことができ、結果的には回復が早いと考えられる。

：怒り

大切な人を失った事実は形を変えて遺族の怒りとなり周囲に向けられることがあるが、筆者はむしろこの「怒り」の時期こそ介護を成し遂げた者の再生に向けて大切な時期になると考えている。この時期に怒りを受け止めて、そのやり場のないエネルギーを受け止めるサポートができれば、その後の罪悪感や精神障害への移行を抑えることができることを根拠としている。

その際に最も基本となるのは「傾聴」を基本とした姿勢である。その際には怒りに向けられる支援者にかかるストレスも多大なものになるので、支援者の自己ストレスコントロールが必要になるといえる。

：罪悪感

本人を失ったことを介護者が「自分のせいである」と自責的になることも若年認知症の遺族には多く見られる感情である。進行の早さ、突然の死により怒りの感情を持った遺族がその怒りを外に向けず自分の内部に向ける場合がある。その抑圧された内向きの怒りが形を変えると、遺族は大きな罪悪感を持ってしまう。

自分たちのせいではないことが明らかであっても、まるで本人が若年認知症という困難な病気になったこと自体が、介護者のせいであるかのように自責的になることがある。

：亡き人へのとらわれ

本人へのとらわれは、その人がまだ生きているかのように遺族がふるまうことに象徴される。若年認知症の妻を看取った後に何年にもわたって、毎朝、自分と妻のため

の朝食を作り続ける夫の例がある。「ほほえましいその人との思い出」などをはるかに超えたとらわれが見られ、亡くした人への過剰な美化が起きることもある。家族がなく、その人との思い出に生きる遺族であるほどその傾向は強くなり、時には真実とは全く異なる人物像を遺族が作り上げる場合さえありえる。

：精神障害

できるならば激しい衝撃を受けた遺族のだれも、心が一般的な経過を経て再起していくことを目指して支援したいと感じてはいるが、PTSD（心的外傷後ストレス障害）うつ病、パニック障害を含む不安障害、依存症などの精神障害が出る場合がある。周囲の者はグリーフケアを誰にでもある「心の問題」としてとらえるだけでなく、必要を感じた時には早い段階で「医療」につなぐことが重要といえる。

慢性期の身体的症状には以下のような症状がある。体に訴えてくる症状であるほど恐怖心が大きくなる傾向があることから、周囲の者、支援者は遺族が安心感を持つように配慮してサポートしなければならない。

：睡眠障害、夢

大きな心の揺さぶりを受けた遺族は何度もその介護の一場面を夢でくり返し見ること、いざ寝ようと思っても介護の日々などが頭をよぎって寝付けない状態になることがある。遺族の心がうつ状態に近づけば、就眠できていたのに一晩に4回も5回も中途に睡眠が妨げられる状態（これを中途覚醒という）になる場合や、夜中にぱっちり目覚めてからは再度寝ようとしても寝られない状態（早朝覚醒）が見られる。早朝と言っても朝5時や6時に目が覚めて健康的な熟眠感じを感じるものではなく、夜中に突然目が覚めて、それ以降は再び眠ることができずに朝を迎えるため、とても苦痛を感じる事となる。

：呼吸器症状

突然、呼吸が苦しくなる、息が吸えなくなるような体験や、過呼吸発作がくり返されることがある。若年認知症の介護に献身的に尽くしてきた介護者が、ほっとして緊張感を解放した時などに、「胸苦しさ」や「息が吸えない状態」など、呼吸器の症状が出やすくなる。

：動悸、不整脈

突然に胸の動悸を訴え、まるで「もう自分が死んでしまうのではないか」といった恐怖感にとらわれてしまうパニック障害や、介護を続けることが日々の負担の積み重ねとなって介護者の身体表現になることがある。

このような身体症状を出しやすい人は、一部の依存的傾向が強い人を除けば、むしろ一般的な人に比べて「がんばり屋」が多いのも特徴である。介護者として過剰適応

する傾向があった人が本人を見送った後、動悸や不整脈をひとたび感じると、そのことが気になって何度も遺族は自分の体の症状を確認しようとする傾向が出るが、測れば測るほど脈は乱れていく。

： 消化器症状

「何となく胃腸の調子が悪い」と言った程度のもことから、頑固な慢性の腹痛や吐気など心血管系と並んで最も多い身体症状のひとつである。便秘や下痢なども関係している場合もある。

： 頭痛、脱力感

若年認知症の介護の際、介護者は仕事や子育て、そして本人の介護とあわただしく毎日を過ごしている。そのため介護最中にはほとんど自覚することがなかった頭痛や脱力感が、むしろ介護をし終えたのちに表面化しやすくなる。

グリーフケアを行う際にもっとも注意しなければならないのが社会的症状である。若年認知症で本人を失った後、遺族には子どもの独立や自らの病気と向き合うことなど、その先の人生をまだまだ生き抜いていかなければならない。しかし、多くの遺族に見られるのが（一時的にもせよ）社会から引きこもりがちになる傾向がみられる。本人を見送った時の悲嘆が激しいほどその傾向は強くみられる。

本来なら本人を失った遺族は周囲から「守られている」と安堵感を持てるほどサポートされ、暖かな「まなざし」の中で自分の傷ついた心を癒していくプロセスが必要である。しかし遺族の多くは周囲からサポートされることなく、「自分のせいで若年の家族を失った」と自分を責めていることが多い。社会とのつながりを断ち、まるで自分を罰するかのような毎を送る人もみられる。このような時、われわれ周囲の者は遺族の心がいつでもどこでも救いを求めてくる際には地域ネットワークを使って支援することが求められる。決してこちらから無理に乗り込んでいくのではなく、必要な際にはそっと傍らに寄り添うことができる見守りが大きな力となると考えられる。

3：再適応期

一度は悲嘆にくれた遺族も時間的な経過とともに少しずつその事実を受容する変化がみられる。若年認知症をケアした遺族は「不十分な医療しか受けられなかった」と思いがちで、それに加えて、自らのケアがどれほど熱心であったとしても「介護が不十分だった」と思う傾向にある。しかもその悲嘆がまるで未来永劫にわたって続くような考えに捕らわれてしまう。安易に「大丈夫ですよ」と声をかけることは避けなければならないが、われわれ支援者は常に遺族に対してこれまでの介護を評価するとともに、この先の遺族の悲嘆がいつかは軽減できる日が来ることをさりげなく表現しながら、遺族の心が再び光を見出すまで傍らから支援することが求められる。

悲嘆の回復を妨げる要因

ではここでこれまで述べたようなプロセスが進んでいくことを阻害する要因について考えてみる。

* 突然の死を迎えた場合

若年認知症は進行が早く、急激な症状の変化の後に本人が亡くなる可能性があることから、遺族が本人との別れを十分にすることができないケースも多くみられる。

筆者がかかわった例でも、若年アルツハイマー型認知症の妻を介護している夫が、一見すると安定していたかに見えたために嚥下性肺炎に気づかず、数日の発熱の後、あっという間に亡くなったことがある。そのような場合、普段の落ち着いた状態の時には「私はいつでも妻を見送る準備ができています」と言っていた夫であっても、あまりに急激な別れを受容することができず、悲嘆から回復する前に何年も時間がかかってしまった。

このようなことは何も珍しいことではなく、どの介護者にも見られるあたりまえの反応である。介護者が本当の意味で別れを覚悟する時間があれば、悲嘆の反応は比較的短くなる。

* 遺族に責任がある場合

これまで熱心に努力してきた介護者であるほど、本人を亡くした際に自分のミスや考え違いから本人をなくしてしまうことについて自責感が残り、悲嘆反応から回復しにくくなる。筆者が支援していたケースでも若年性アルツハイマー病の母親をケアしていた娘が、入浴直後の風邪から肺炎になった母を見てショックを受けてしまったことがあった。「責任がある」と表現するのがためらわれるほどいつも熱心に介護していた娘であることから、決して母親の肺炎が「娘のせいである」とは周囲のだれもが思わなかった。しかし娘は「自分のせいで母が死んだ」と悲嘆にくれてしまった。

われわれ支援者は常に「介護者がどのような気持ちになっているか」という視点でサポートしなければならない。このケースでも娘に本当の責任があったかどうかではなく、娘が「自分のせいだ」と感じていることに配慮して、あくまでも支持的なサポートを続けることが求められる。たとえ客観的に「責任などない」と衆目が一致する状況であっても、遺族の感覚に沿った支援が求められる。若年認知症の介護者はそれほどまでに自責的になっているためである。中には「この人が若年認知症になったのは私のせいだ」とまで考えて介護していた遺族の心を支えていくことがわれわれの基本的なスタンスなのだと思う。

* 本人との依存的な関係

一方、介護者のパーソナリティに視点を移して考えないといけない場合もある。本人と介護者があまりにもお互いに依存的な関係になっていたとすれば、本人を亡くすことによって介護者は自分の人生の目標すら失ったように感じると想像できる。お互

いに支えあってきた家族関係であるほど、その人を失った時には喪失感が大きくなる。さらに介護者のパーソナリティに課題があるとすれば、その状況変化に介護者が耐えられない場合すらあることを支援者は考慮しなければならない。

遺族が不安定な性格であった場合や精神障害の急性症状が出ている場合など、介護者にも配慮すべきさまざまな状態があることを念頭に置いた支援が求められる。

*** 遺族の社会的孤立**

ケアの際に「孤立した介護」を防ぐことが大切であるのと同じように、遺族が孤立することも避けられねばならない。ただでさえ自分を責め、社会から引きこもる傾向がある若年認知症の遺族であるから、もっとも細心の配慮をしながらできるだけ地域や知人との孤立を防ぎながらサポートする必要がある。

遺族ケアの実際

実際の遺族ケアの際に配慮すべき点についての考慮。

○ 遺族の話をさえぎらない。話をそらさない。

もっとも基本的なスタンスといえる。若年認知症を見送った後の遺族の心には数多くの痛恨と自責の念、そして怒りが満ちている。まずはそのことを支援者が十分に受け止めることから全てが始まる。時間をかけてじっくりと遺族の言葉に耳を傾けるには多大な労力と時間が必要であるが、その労を惜しんでいると遺族ケアは成り立たない。かといってわれわれ支援者には有り余るほどの時間も十分とはいえない。効率化を求められる現状にあって、それでも遺族ケアのために割くことができる時間には限りがある。だからこそ遺族の話をさえぎらないこと、話をそらさないことには留意したい。

限られた時間内でもこの２つの点に配慮した傾聴があれば、何度かの面接の後には遺族の悲嘆が軽減して行く。

○ 自分が正しいと思っても解決法を強制しない。

たとえ周りから見て遺族の考え方がおかしいと思っても、その場で方向を変えるような意見や支援者の考えを強制しないことが大切である。若年認知症の治療方針やケアについて、遺族はずいぶん支援者の考えを強制されてきたと考えられる。これは今現在、この領域に対する確固とした方針が確立していないため、治療でもケアでも多くの支援者の多くの意見があるためである。遺族は多くの意見の中で振りまわされ、遺族として悲嘆に暮れている、今がある。遺族の考えが間違っていた時には少しずつ面接の回数を重ねるごとに遺族自らが考え方の方向転換ができるように面接を展開していかなければならない。

○ 自分の経験を率先して語らない。

「私もそんなとき、こんなふうに関わった」といった発言は、若年認知症を介護し

た遺族には「聞きたくもない説教」にすら感じられる。ほかの介護者とは異なり、「特別な病気」と言われて家族をケアしてきた歴史は、誰にも言えないことも含まれている場合が多い。そんな気持ちを受け止めるときに、支援者自らが自分の経験を述べたところで、悲嘆にくれる介護者の気持ちを分け取りしたことにはならない。「介護者の物語」を大切に面接を展開し、支援者は聞き役に徹するように心がけることが大切である。

○遺族の感情を否定しない。

たとえどのような感情を表出されても、その場で遺族の感情を否定することは避けるなければならない。感情を表出できるまでに遺族はずいぶんと逡巡したと予想される。「こんなことを言ったらダメなのではないか」と迷った末に出した感情が、とめどなくあふれてしまうこともある。そのような遺族の言葉がたとえ理にかなっていなかったとしても、その場で否定することなく面接をすすめる、少しずつ遺族自らの「気づき」で修正できるようにしなければならない。

○安易に同調しない。

「わかる、わかる」と安易に同調することが、他人には経験がないであろうケアの体験を過ごしてきた遺族の怒りにつながることもある。あくまでも自らの体験と悲嘆を語っている遺族の立場に身を置いた傾聴が求められる。

誰が遺族支援をするか

これまでに述べた数々のポイントに留意しながら遺族ケアは行われるが、そのケアを行うのは誰が良いのかという問題がある。大きく考えると家族、友人による支援、自助的なグループによる支援、専門家による支援などが考えられる。若年認知症という、まだまだ少数派に属する病気と立ち向かった本人と、その人を支え続けた介護者のことは、同じ経験を持つ人との分かち合いでこそ理解され、遺族もまた支援される。

数多くの専門家、支援職は自らが若年認知症の介護者や遺族になった経験を持ってはいない。それならば遺族ケアの担い手として適していないのかとも感じられる。しかし、筆者はそうではないと考えている。大切なことは「適切な情報」と「共感による癒し」である。介護者としての経験はなくても専門的な情報を持つ支援職が、あくまでも遺族の立場に共感したサポートを行えば、遺族と全く同じ立場になることはなくても、限りなく共感に満ちた支援をすることが可能といえる。あくまでも遺族の立場を考えて、遺族の心により添うことができるなら、遺族と支援職の心がともに同じ方向を向いて歩いていくことになる。遺族のことを考える伴走者になるためには、われわれ支援者が本人や遺族の「まなざし」を持ち続けることこそ、遺族ケアにつながる最も大切な姿勢といえる。

執筆担当

第1章 ～ 第7章

山下真理子
宝塚リハビリテーション病院 神経内科

第8章

田中千枝子・駒田雅己
日本福祉大学

第9章

渡邊智之
認知症介護研究・研修大府センター

第10章

山田美智子
わたなベクリニックソーシャルワーカー

第11章

沖田祐子・杉原久仁子
NPO 認知症の人とみんなのサポートセンター 代表・事務局

第12章 ～ 第13章

沖田祐子
NPO 認知症の人とみんなのサポートセンター 代表

第14章

柿本誠
日本福祉大学社会福祉学部保健福祉学科 教授

第15章

松本一生
松本診療所 / 大阪人間科学大学人間科学部社会福祉学科 教授

参考文献及び引用文献

第1章 ～ 第7章

1. 宮永和夫: 若年認知症とはなにか, 「隠す」認知症から「共に生きる」認知症へ. 筒井書房, 2005, 18-37, 176-196
2. Harvey RJ, Skelton-Robinson M, Rossor MN: The prevalence and causes of dementia in people under the age of 65 years. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2003; 74; 1206-1209
3. Sampson EL, Warren JD, Rossor MN: Young onset dementia. Postgrad Med J, 2004; 80; 125-139
4. 宮永和夫, 米村公江, 一ノ瀬尚道ほか: 日本における若年性および初老期の痴呆性疾患の実態について. 老年精神医学, 1997; 8; 1317-1331
5. 高橋正彦: 若年認知症の基礎知識. 臨床老年看護, 2007; 14; 34-41
6. Harvey RJ: Young Onset Dementia: Epidemiology, clinical symptoms, family burden, support and outcome. Imperial College of Science, Technology and Medicine, 1998, 17-25
7. 朝田隆: 若年性認知症という残された課題. 分子精神医学, 2007; 7; 104-105
8. 沖田裕子, 小長谷陽子, 田中千枝子, 柿本誠, 山下真理子, 尾之内直美: 若年認知症の人と家族が必要とする支援. 日本認知症ケア学会誌, 2007; 6, 221
9. Braak H, Braak E: Pathology of Alzheimer disease, Liebson E, Albert MC: Cognitive changes in dementia of Alzheimer type. In Calne DB ed., Neurodegenerative Diseases, WB Saunders Company, 1994, 585-645
10. Esiri MM, Hyman BT, Beyreuther K, et al: Aging and dementia, In Graham DI, Lantos PL ed., Greenfield's Neuropathology, 6th ed., Arnold, 1997, 175-188
11. Dubois B, Feldman HH, Jacova C, et al: Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease revising the NINCDS-ADRDA criteria. Lancet Neurol, 2007; 6; 734-746
12. The Lund and Manchester Group: Clinical and neuropathological criteria for frontotemporal dementia, J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1994; 57; 416-418
13. Neary D, Snowden JS, Gustafson L, et al: Frontotemporal lobar degeneration: a consensus on clinical diagnostic criteria. Neurology, 1998; 51; 1546-1554
14. Neary D, Snowden JS, Mann D: Frontotemporal dementia. Lancet Neurol, 2005; 4; 771-780
15. Tolnay M, Frank S: Pathology and genetics of frontotemporal lobar

- degeneration: an update. Clin Neuropathol, 2007; 26; 143-156
16. McKeith IG, Galasko D, Kosaka K, et al: Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): report of the consortium on DLB international workshop, Neurology, 1996; 47; 1113-1124
 17. McKeith I, Mintzer J, Aarsland D, et al: Dementia with Lewy bodies. Lancet Neurol, 2004; 3; 19-28
 18. Lippa CF, Duta JE, Grossman M, et al: DLB and PDD boundary issues; diagnosis, treatment, molecular pathology, and biomarkers. Neurology, 2007; 68, 812-819
 19. Merdes AR, Hansen LA, Jeste DV, et al: Influence of Alzheimer pathology on clinical diagnostic accuracy in dementia with Lewy bodies. Neurology, 2003; 60; 1586-1590
 20. Roman GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T, et al: Vascular dementia: Diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop, Neurology, 1993; 43; 250-260
 21. Kaye JA: Diagnostic challenges in dementia. Neurology, 1998; 51(Suppl 1); S45-S52
 22. Erkinjuntti T: Vascular cognitive impairment and dementia, In Mohr JP, Choi DW, Grotta JC, et al ed., Stroke, pathophysiology, diagnosis, and management, 5th ed., Churchill Livingstone, 2004, 648-660
 23. 石合純夫: 高次脳機能障害学. 医歯薬出版, 2006, 159-214
 24. Barber R, Ballard C, McKeith IG, et al: MRI volumetric study of dementia with Lewy bodies: a comparison with AD and vascular dementia. Neurology, 2000; 54; 1304-1409
 25. Minoshima S, Giordani B, Berent S, et al: Metabolic reduction in the posterior cingulate cortex in very early Alzheimer's disease. Ann Neurol, 1997; 42; 85-94
 26. Miller BI, Ikonte C, Ponton M, et al: A study of the Lund-Manchester research criteria for frontotemporal dementia: clinical and single-photon emission CT correlations, Neurology, 1997; 48; 937-942
 27. McNeill R, Sare GM, Manoharen M, et al: Accuracy of single-photon emission computed tomography in differentiating frontotemporal dementia from Alzheimer disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2007; 78; 350-355
 28. Lobotesis K, Fenwick JD, Phipps A, et al: Occipital hypoperfusion on SPECT in dementia with Lewy bodies but not AD. Neurology, 2001; 56; 643-649
 29. 今井幸充, 下垣光: 抗認知薬評価のための検査 - ADAS, MMSE, HDS-R, GBS, MENFIS - , 老年期痴呆, 1994; 8; 61-70

30. 森悦朗, 三谷洋子, 山鳥重: 神経疾患患者における日本語版 Mini-Mental State テストの有用性. 神経心理学, 1985; 1; 82-90
31. Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR: "Mini-Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res, 1975; 12; 189-198
32. Andreasen N, Minthon L, Davidsson P, et al: Evaluation of CSF-tau and CSF-A beta 42 as diagnostic markers for Alzheimer disease in clinical practice. Arch Neurol, 2001; 58; 373-379
33. Agostini JV, Inouye SK: Delirium. In: Hazzard WR, Blass JP, Halter JB et al ed., Principle of Geriatric Medicine and Gerontology, McGraw Hill, 2003, 1503-1516
34. 鹿島晴雄, 種村純編: よくわかる失語症と高次脳機能障害. 永井書店, 2004, 295-296, 387-389, 412-414, 428-432
35. 本間昭: 痴呆における精神症状と行動障害の特徴. 老年精神医学, 1998; 9: 1019-1024
36. McKhann G, Drachman DA, Folstein M, et al: Clinical diagnosis of Alzheimer's disease – report of the NINCDS-ADRDA work group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's disease. Neurology, 1984; 34; 939-944
37. 羽生春夫: 抗アセチルコリンエステラーゼ薬の現状. 神経進歩, 2005; 49; 461-468
38. Petersen RC, Thomas RG, Grundman M, et al: Vitamin E and donepezil for the treatment of mild cognitive impairment. N Engl J Med, 2005, 352; 2379-2388
39. Black SE, Doody R, Li H, et al: Donepezil preserves cognition and global function in patient with severe Alzheimer disease. Neurology, 2007; 69; 459-469
40. 木村武実: 前頭側頭型痴呆の強迫・常同行動に対するパロキセチンの効果. Phama Medica, 2003; 21; 73-77
41. 斎藤正彦: 認知症における非薬物療法研究の課題と展望. 老年精神医学, 2006; 17; 711-717
42. 山下真理子, 小林敏子, 松本一生ほか: アルツハイマー病の病名告知と終末期医療に関する介護家族の意識調査. 老年精神医学, 2004; 15; 434-445
43. 今井幸充: 認知症の告知 - 積極的立場から -. 老年精神医学, 2004; 15; 139-146
44. 長濱康弘, 松田実: 認知症の告知 - 慎重な立場から -. 老年精神医学, 2004; 15; 147-153
45. Pietro MJS, Ostuni E: Successful Communication with Persons with Alzheimer's Disease (小林敏子監訳, 山下真理子翻訳: 痴呆を生きる人とのコミュニケーション・マニュアル), じほう, 2004, 141-155

46. 山下真理子：認知症の治療とケアの新しい風 - 一般病院の果たす役割. 臨床看護, 2005; 31; 1171-1175
47. Hellen C: Alzheimer's disease; Activity-focused care. Butterworth Heinemann, 1998, 19-42, 127-150
48. Volicer L, Hurley A (村井淳志監訳): 重度痴呆性老人のケア. 終末期をどう支えるか. 医学書院, 2004, 49-68, 117-134
49. 原 健 二 : 認 知 症 患 者 の QOL と タ ー ミ ナ ル ケ ア の あ り 方 . Medicina, 2007; 44; 1158-1160
50. Ahronheim JC: Nutrition and hydration in the terminal patient. Clinics in Geriatric Medicine, 1996; 12; 379-391
51. 藤島一郎：脳卒中の摂食・嚥下障害. 医歯薬出版, 1995, 43-47, 75-108
52. 橋本肇：高齢者医療の倫理. 中央法規, 2000, 148-190, 206-207
53. 山下真理子, 小林敏子, 松本一生ほか：介護家族の視点からみた認知症高齢者の終末期医療 - その現状と課題-. 日本認知症ケア学会誌, 2007; 6; 69-77
54. Cheston R, Bender M: Understanding dementia. Jessica Kingsley Publisher, 2004, 147-167
55. Clare L: Managing threats to self: awareness in early stage Alzheimer's disease. Social Science & Medicine, 2003; 57; 1017-1029
56. 奥村典子, 藤本直規：「もの忘れカフェ」における若年認知症ケアの実際. 臨床老年看護, 2007; 14; 54-60

第8章

1. 独立行政法人 高齢・障害者雇用支援機構, <http://www.jeed.or.jp>
2. 小澤温：よくわかる障害者福祉, 第3版, ミネルヴァ書房, 2007; 42
3. 小澤温：よくわかる障害者福祉, 第3版, ミネルヴァ書房, 2007; 118
4. 独立行政法人 高齢・障害者雇用支援機構, <http://www.jeed.or.jp>

第9章

1. 警視庁編. 平成17年版 警察白書. 東京, 株式会社ぎょうせい, 2005
2. 池田学, 豊田泰孝, 繁信和恵：痴呆症患者の自動車運転中止に関するコンセンサスと医師の役割について. 精神神経学雑誌. 2005; 107(12); 1348-1352
3. 上村直人, 掛田恭子, 岩崎美穂他：痴呆介護における新しい問題 - 痴呆性ドライバーと家族の介護負担について -. 老年精神医学雑誌. 2004; 15; 102-110
4. 荒井由美子, 新井明日奈：高齢者への交通安全対策 - 認知症高齢者の運転を中心として -. 精神神経学雑誌. 2005; 107(12); 1335-1343

5. 新開省二, 溝端光男: 後期高齢者の安全. 保健の科学. 1999: 41; 336-342
6. 吉村匡史, 吉田常孝, 木下利彦: 免許更新における問題 - 法的なことも含めて -. 老年精神医学雑誌. 2005: 16; 802-808
7. 松本光央, 豊田泰孝, 池田学: 高齢者の運転の実態と今後の展望について. 老年精神医学雑誌. 2005: 16; 815-821
8. 渡邊智之, 小長谷陽子, 尾之内直美, 向井希宏, 宮尾克, 長谷川聡, 藤掛和広, 柴山漠人: 都市部における認知症高齢者の運転能力評価に関する研究. 老人保健健康増進等事業による研究報告書 平成 18 年度認知症介護研究報告書-認知症高齢者とその家族に対する生活支援とケアの質の向上に関する研究事業-, 2007: 101-180
9. 豊田泰孝, 池田学, 田辺敬貴: 地方都市における高齢者の自動車運転と公共交通機関に関する意識 - 痴呆と自動車運転の問題を中心に -. 日本医師会雑誌. 2005: 134; 450-453
10. 渡邊智之, 藤掛和広, 宮尾克他: 高齢者の運転状況と認知症ドライバーに関する研究. 日本医事新報. 2006: 4295; 81-84
11. 深津亮: 高齢者と交通安全. 老年精神医学雑誌. 2002: 13(3); 252-253
12. 池田学: 痴呆性高齢者と自動車運転. 老年精神医学雑誌. 2003: 14(4); 404-405
13. 上村直人, 掛田恭子, 下寺信次他: 痴呆性老人と自動車運転; 我が国における痴呆性老人の運転問題への対応. 臨床精神医学. 2002: 31(3); 313-321
14. 上村直人, 掛田恭子, 北村ゆり: 痴呆性疾患と自動車運転; 日本における痴呆患者の自動車運転と家族の対応の実態について. 脳神経. 2005: 57(5); 409-414
15. 野村美千江, 柴珠実, 豊田ゆかり他: 痴呆高齢者が自動車運転を断念する家庭~家族対処とジレンマ~. 精神神経学雑誌. 2005: 107(12); 1344-1347
16. 三村將, 三品誠, 風間秀夫: 高齢者の運転能力と事故. 老年精神医学雑誌. 2003: 14(4); 413-423
17. 松本光央, 池田学, 豊田泰孝他: ドライビングシミュレータを用いたアルツハイマー病患者の運転能力評価の試み. 老年精神医学雑誌. 2005: 16; 132
18. Rizzo M, Reinach S, McGhee D, et al.: Simulated car crashes and crash predictors in drivers with Alzheimer disease. Arch Neurol 1997; 54 (5); 545-551
19. Hunt LA, Murphy CF, Carr D, et al.: Reliability of the Washington University road test -A performance-based assessment for drivers with dementia of the Alzheimer type-. Arch Neurol 1997; 54 (6); 707-712
20. Rizzo M, McGehee DV, Dawson JD, et al.: Simulated Car Crashes at Intersections in Drivers With Alzheimer Disease. Alzheimer Dis Assoc Disord 2001; 15 (1); 10-20
21. Ott BR, Heindel WC, Whelihan WM, et al.: Maze test performance and reported driving ability in early dementia. J Geriatr Psychiatry

Neurol 2003; 16(3); 151-155

22. Wild K, Cotrell V.: Identifying driving impairment in Alzheimer disease: A comparison of self and observer reports versus driving evaluation. Alzheimer Dis Assoc Disord 2003; 17(1); 27-34
23. Duchek JM, Carr DB, Hunt L, et al.: Longitudinal driving performance in early-stage dementia of the Alzheimer type. J Am Geriatr Soc 2003; 51(10); 1342-1347
24. Uc EY, Rizzo M, Anderson SW, et al.: Driver route-following and safety errors in early Alzheimer disease. Neurology 2004; 63 (5); 832-837
25. 池田学, 豊田泰孝, 松本光央他: ドライビングシミュレーターを用いた痴呆症患者の運転能力の評価. 長寿科学総合研究事業 - 痴呆性高齢者の自動車運転と権利擁護に関する研究 - 平成 16 年度総括研究報告書. 2005; 37-41
26. 松本光央, 池田学, 豊田泰孝他: アルツハイマー病の運転能力低下に関するスクリーニング検査 - ドライビングシミュレーターを用いた運転能力評価について - . 老年精神医学雑誌. 2006; 17; 977-985

第 10 章

1. 道中隆: これが最後のセーフティネットだ! 図解 生活保護ってなに. 小林出版, 2007
2. おちとよこ: 改訂新版 介護保険 上手に使うカンどころ. 創元社, 2006
3. 社会保障の手引き 施策の概要と基礎資料: 中央法規出版, 2007
4. 財団法人全国精神障害者家族会連合会 年金問題研究会編: 障害年金の請求の仕方と解説 - 精神障害者・知的障害者のために - . 中央法規出版, 2004
5. 池末亨, 池末美穂子, 池谷秀登, 金井恵美子, 佐藤孝子, 根本真理子, 服部森彦, 福富律, 松原玲子, 山口多希代: 精神障害者が使える福祉制度の手引き 2007. 財団法人全国精神障害者家族会連合会, 2007
6. 身体障害・知的障害・精神障害のある方のための福祉の手引き - 平成 19 年度版 - : 大阪府健康福祉部障害保健福祉室, 2007
7. 中島隆信: 障害者の経済学. 東洋経済新報社, 2006

第 14 章

1. 田中和代：高次脳機能障害と成年後見制度に関するアンケート調査報告．成年後見法研究，第 4 号；2007；111～112
2. 最高裁判所：成年後見制度～詳しく知っていただくために～．2007
3. 厚生労働省：地域包括支援センター業務マニュアル．2006
4. 愛知県社会福祉協議会：地域福祉権利擁護事業活動報告書．2006
5. 東京都社会福祉協議会：地域福祉権利擁護事業を知ろう．2003
6. 田中亮一：成年後見実務ハンドブック．セルバ出版；2006
7. 日本経済新聞：平成 18 年 7 月 23 日

第 15 章

1. 厚生労働省 精神・神経疾患研究委託費 外傷ストレス関連障害の病態と治療ガイドラインに関する研究班(主任研究者 金吉晴)編：心的トラウマの理解とケア．じほう，2001
2. 松本一生：家族と学ぶ認知症．金剛出版，2006

～平成19年度 老人保健健康増進等事業による研究報告書～
三センター合同研究
「若年認知症支援ハンドブック」

発 行：平成20年3月

編 集：社会福祉法人 仁至会

認知症介護研究・研修大府センター

〒474-0031 愛知県大府市半月町三丁目294番地

TEL (0562)44-5551 FAX (0562)44-5831

発行所：若葉印刷有限公司

〒462-0852 愛知県名古屋市北区猿投町26番地

TEL (052)991-5537 FAX (052)991-7933